



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

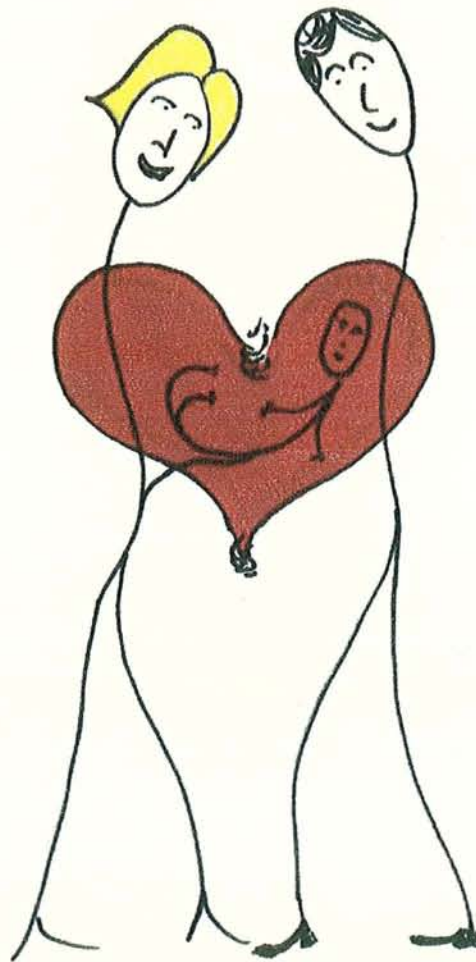
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ECOLE DE SAGES-FEMMES A. FRUHINSHOLZ
NANCY

SEXUALITE ET GROSSESSE...

Quand $1+1=3$



23 AOUT 2001



BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 202119 5

MEMOIRE présenté et soutenu par
Justine LORSON, née le 27 juillet 1979
Promotion 1997-2001

ECOLE DE SAGES-FEMMES A. FRUHINSHOLZ
NANCY

SEXUALITE ET GROSSESSE...

Quand $1+1=3$

*MEMOIRE présenté et soutenu par
Justine LORSON, née le 27 juillet 1979
Promotion 1997-2001*

REMERCIEMENTS

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

- ✧ Dr Steven REICHENBACH, pour sa motivation, sa précieuse aide et ses encouragements.
- ✧ Mme C. GIRARDIN, pour m'avoir si bien guidée et pour être restée patiente.
- ✧ Mes parents et Elodie, pour leur soutien permanent et leur immense confiance en moi.
- ✧ Gérald, pour ses talents de statisticien et son dévouement.
- ✧ Mes amis de promotion et Marika, pour leur présence de chaque instant.
- ✧ Nicolas, pour être là.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	p 4
SOMMAIRE	p 6
PREFACE	p 8
INTRODUCTION	p 10
 PREMIERE PARTIE : CONNAISSANCES THEORIQUES SUR LE SUJET	 p 12
<u>Chapitre 1 : Les modifications liées à la grossesse</u>	p 13
I. Les modifications physiques et physiologiques	p 14
II. Les modifications psychiques	p 19
<u>Chapitre 2 : Sexualité et grossesse</u>	p 25
I. Généralité sur la sexualité et le rapport sexuel	p 26
II. Conséquences de la grossesse sur la sexualité	p 31
III. Conséquences de la sexualité sur la grossesse	p 36
 DEUXIEME PARTIE : ENQUETE SUR LA SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE	 p 40
<u>Chapitre 1 : L'enquête</u>	p 41
I. Description de l'enquête	p 42
II. Analyse des questionnaires	p 45
<u>Chapitre 2 : Les conclusions</u>	p 61
 TROISIEME PARTIE : LE ROLE DES PROFESSIONNELS	 p 63
<u>Chapitre 1 : Qui, quand, où ?</u>	p 64
I. Qui ?	p 65
II. Quand et où ?	p 69
<u>Chapitre 2 : Comment parler de sexualité ?</u>	p 71
I. L'information à donner	p 72
II. Une information, oui mais pour qui ?	p 78
 CONCLUSION	 p 81
BIBLIOGRAPHIE	p 83
TABLE DES MATIERES	p 87
 ANNEXES	

PREFACE

Avant de parler du sujet que j'ai choisi de traiter, je tiens à préciser que le thème de la sexualité pendant la grossesse est en quelque sorte venu à moi. En effet, durant une matinée de cours, le Docteur S. REICHENBACH, psychiatre et sexologue à Nancy, annonce qu'il recherche une étudiante pour mener une réflexion sur ce sujet. C'est spontanément que je me propose : la sexualité, voici un domaine intéressant et peu étudié.

J'ai pu remarquer, durant mes années d'études, que les futurs parents étaient de plus en plus informés sur la grossesse. La multitude de magazines consacrés à la femme enceinte et l'importante fréquentation des cours de préparation à la naissance en sont les témoins. Cependant, j'ai ressenti comme un « vide » concernant le thème de la sexualité. Or, j'ai l'impression que beaucoup d'événements, physiques ou psychologiques liés à la grossesse, peuvent occasionner des interrogations sur ce sujet au sein des couples.

J'ai donc choisi d'étudier la sexualité pendant la grossesse car j'ai le sentiment que les couples attendent des renseignements de la part des praticiens qui sont peut-être encore mal à l'aise face à ce thème. Je souhaiterais, par mon travail, savoir si l'ensemble des futurs parents ont besoin d'un soutien dans le domaine de la sexualité et savoir, si en tant que professionnel de santé, nous avons un rôle à jouer.

Il est évident que je n'ai nullement la prétention de lever tous les tabous mais je désire juste parler un peu de ce qui peut interroger voire inquiéter les couples sur un terrain trop peu abordé.

INTRODUCTION

J'ai la chance d'effectuer ce mémoire au début d'un nouveau millénaire, après plusieurs décennies de libération des mœurs. Pourtant, tout le monde s'accorde pour dire qu'une quarantaine d'années ne suffisent pas à effacer deux mille ans de tabous. De ce fait, il reste beaucoup à étudier en matière de sexualité et particulièrement concernant la période de la grossesse. Il est vrai que de nombreuses recherches et études médiatiques paraissent sur la sexualité, des sondages sont régulièrement publiés pour connaître les habitudes sexuelles des français. Mais ces derniers ne concernent que très rarement les femmes enceintes.

Les attitudes à propos de la sexualité pendant la grossesse ont évolué depuis SORANUS d'EPHESE qui affirmait à la fin du premier siècle que les rapports sexuels étaient nuisibles durant la gestation. Mais à l'heure actuelle, peu d'auteurs se penchent sur le sujet et bien souvent, se contredisent.

Si la grossesse ne dure que neuf mois, ce temps est largement suffisant pour que de véritables problèmes intimes surviennent au sein des couples. Aussi, je me suis demandé comment évolue la sexualité au cours de la grossesse. Les futurs parents ont-ils besoin des professionnels de santé pour faire face aux bouleversements sexuels entraînés par celle-ci ? Faut-ils systématiquement les informer ? Que leur dire, et comment, pour que la grossesse soit l'occasion d'une réelle harmonie entre les deux partenaires ?

Pour répondre à ces interrogations, nous verrons dans un premier temps les éléments théoriques concernant ce sujet en nous intéressant, d'une part, aux modifications physiques et psychologiques causées par la grossesse et d'autre part aux caractéristiques de la sexualité durant cette période. Dans un deuxième temps, nous nous consacrerons à l'analyse d'une enquête réalisée auprès de cent femmes pour prendre connaissance des difficultés rencontrées par les couples et mieux nous rendre compte du désir des gestantes vis-à-vis de ce thème. Enfin, cela nous permettra dans une troisième partie d'aborder le rôle des professionnels de santé : pourquoi et comment parler de sexualité ?

1^{ère} PARTIE

*CONNAISSANCES THEORIQUES
SUR LE SUJET*

CHAPITRE 1

LES MODIFICATIONS LIEES A LA GROSSESSE

I. LES MODIFICATIONS PHYSIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Du début à la fin de la grossesse, sous l'influence du climat hormonal, la future maman voit son corps se transformer. Les modifications externes sont plus ou moins visibles et les femmes en prennent conscience. En elles, en revanche, rien n'est visible mais les changements sont aussi nombreux voire plus.

Ces remaniements modifient le schéma corporel et les principales fonctions de l'organisme. La femme enceinte n'est plus tout à fait la même et il est possible que cela ait des conséquences sur l'activité sexuelle.

1) Les modifications physiques :

Il est important d'observer que dans ce domaine les principaux changements touchent les organes sexuels, ou tout au moins les organes de la séduction.

- **Les organes génitaux :**

La vulve : l'imprégnation hormonale provoque une congestion, les lèvres, le clitoris augmentent de volume et la pigmentation de la vulve est accentuée.

Le périnée : il semble s'assouplir pendant la gestation.

Le vagin : il est le siège de changements anatomiques, il s'allonge et s'élargit avant de rétrécir, souvent après le quatrième mois. Les parois vaginales deviennent plus souples. Enfin, le climat hormonal entraîne une production vaginale accrue par desquamation. Cette augmentation du transsudat vaginal est alors indépendante de tout désir sexuel ; elle survient principalement à la fin du premier trimestre.

L'utérus : organe roi de la grossesse, est le lieu d'innombrables évolutions. Nous ne parlerons volontairement pas des modifications de la paroi ou de la consistance, pour me concentrer sur les changements pouvant influencer la sexualité.

Volume et position : du premier au dernier mois de la grossesse, l'utérus passe de 50 à plus de 1000 grammes, sa longueur progresse de 6 à 33 centimètres et sa capacité de 3 centimètres cubes à 5 litres. Il reste en position pelvienne jusqu'à deux mois de gestation puis devient abdominal.

Direction : physiologiquement antéversé au début de la grossesse, l'utérus se redresse à partir du deuxième mois et effectue simultanément une rotation sur son axe vertical, de la gauche vers la droite.

- **Les seins** : organes essentiels des jeux sexuels dans la plupart des couples, ils se transforment dès le début de la grossesse. Les seins s'hypertrophient par développement des glandes mammaires et du lit vasculaire. Le réseau veineux superficiel, appelé réseau de Haller, peut apparaître à la peau.

Les femmes ont souvent la sensation de seins lourds et tendus ; c'est d'ailleurs parfois le premier signe de grossesse avec le retard de règles.

Les seins montrent également des modifications cutanées avec une augmentation de la pigmentation aréolaire, une apparition des tubercules de Montgomery et dans certains cas la présence de vergetures.

- **Transformations cutanées** : la grossesse rend le grain de peau plus épais et a une influence plutôt positive sur les phanères puisque les estrogènes rendraient les cheveux plus beaux.

L'imprégnation hormonale occasionne quelquefois des changements moins agréables comme l'apparition d'acné ou d'une ligne brune. Par ailleurs, un chloasma, ou masque de grossesse, s'installe chez certaines femmes. Il s'agit de taches pigmentées asymétriques sur le front, les tempes et les pommettes, qui apparaissent à partir du troisième mois et s'estompent après l'accouchement. Le chloasma est aggravé par l'exposition au soleil.

Enfin, l'étirement de la peau engendre, chez plus de la moitié des femmes, des vergetures. Ce sont des fractures irréversibles des fibres élastiques de la peau, observées essentiellement sur le ventre, les cuisses, les fesses et les seins.

- **La prise de poids** : Le fœtus, le placenta, le liquide amniotique, la rétention hydrosodée, l'augmentation de la volémie sont autant d'étiologies à cette prise de poids qui explique la sensation de lourdeur qu'éprouvent les gestantes.

2) Les modifications physiologiques de l'organisme :

Au cours de la grossesse, le corps maternel est le siège d'une multitude d'ajustements physiologiques qui permettent vraisemblablement d'anticiper les besoins fœtaux. L'adaptation fonctionnelle est telle qu'elle fait de la femme enceinte un être momentanément à part.

- **Altérations digestives** : les hormones provoquent une diminution de la motilité gastrique, deux tiers des gestantes présentent en début de grossesse des nausées et des vomissements connus de tous. Si ces derniers sont tout à fait physiologiques au premier trimestre et participent même au diagnostic de grossesse, ils nécessitent des examens complémentaires s'ils se prolongent après le troisième mois.

Les femmes se plaignent fréquemment d'un ptyalisme : cette hypersialorrhée est très désagréable, et les contraint parfois à cracher pour évacuer leur salive.

Un autre trouble digestif touche les femmes enceintes, surtout en fin de grossesse mais parfois plus tôt : le pyrosis. Cette remontée acide s'explique, d'une part, par l'hypotonie du cardia d'origine hormonale et, d'autre part, par la pression de l'abdomen sur l'estomac au fur et à mesure que l'utérus grossit.

Enfin, un grand nombre de femmes souffrent de constipation. En effet, la progestérone provoque une baisse de la tonicité intestinale.

- **Modifications cardiovasculaires** : il se produit :

- une augmentation du volume circulant au profit du volume plasmatique, ce qui engendre une baisse physiologique de l'hématocrite et de l'hémoglobine.
- une augmentation du débit cardiaque de près de 40% avec une légère tachycardie associée.
- un mécanisme de compression de la veine cave contre les vertèbres, dû au poids utérin, au troisième trimestre. Ce dernier se voit en position de décubitus dorsal et entraîne une gêne du retour veineux pouvant occasionner des malaises, des hypotensions ou des ralentissements du rythme cardiaque fœtal.
- ces trois premiers phénomènes, associés à une réduction de l'activité physique et à une baisse du tonus des parois veineuses, provoquent une stase veineuse. Celle-ci

explique l'éventuelle apparition de varices ou d'hémorroïdes (favorisées par la constipation). Les varices se localisent essentiellement sur les membres inférieurs mais parfois également au niveau vulvaire.

- **Modifications respiratoires** : la progestérone occasionne une diminution de la sensibilité des centres respiratoires qui a pour effet une hyperventilation physiologique et une hypocapnie secondaire chez la femme enceinte.

De plus, au dernier trimestre, le fond utérin fait pression sur le diaphragme et gêne la respiration maternelle.

- **Modifications urinaires** : la grossesse est responsable d'une atonie vésicale puis, par le volume de l'utérus, d'une compression de la vessie. Ceci engendre une pollakiurie et parfois, en fin de grossesse, des fuites urinaires.

L'atonie, causée par la progestérone, entraîne une dilatation des uretères et des cavités rénales et donc une stase urinaire, favorisant les infections.

- **Modifications ostéo-ligamentaires** : les estrogènes permettent aux ligaments de se distendre plus facilement. Particulièrement utile pendant l'accouchement, ce phénomène est par contre responsable de douleurs, notamment au niveau de l'aîne, durant la grossesse.

Par ailleurs, les femmes enceintes ont la caractéristique de présenter une hyperlordose. Cette cambrure exagérée leur permet de compenser le poids de l'utérus vers l'avant mais elle est responsable de fréquentes douleurs lombaires.

- **Modifications nerveuses** : le climat hormonal provoque de nombreux changements comme des irritabilités, des dégoûts, des envies... Ces troubles sont fréquents en début de grossesse et sont une des composantes de l'état psychologique des femmes enceintes. La fatigue, toujours en début de grossesse, est un signe commun à presque toutes les gestantes ; elles ressentent un énorme besoin de sommeil.

La grossesse est donc responsable de nombreux changements physiques, tant sur le plan anatomique que fonctionnel. Dans le prochain chapitre, nous verrons qu'elle apporte également d'importants bouleversements au niveau psychologique.

II LES MODIFICATIONS PSYCHIQUES :

La grossesse est une étape de la vie d'une femme qui est lourde de modifications psychiques. Ces dernières varient bien évidemment en fonction de facteurs sociaux, familiaux, personnels et évoluent avec la grossesse. Elles aboutissent à un équilibre psychique par rapport à l'état physique de la femme. Cette adaptation doit faire face à un nouveau soi, à des changements physiques, à une présence en soi d'un enfant, à l'attitude nouvelle de l'entourage.

L'évolution psychologique de la femme durant la grossesse, permise par deux mécanismes, se divise chronologiquement en trois étapes : le début de la gestation, la période allant du troisième au huitième mois puis la fin de la grossesse.

1) Le début de la grossesse :

Cette période est assimilable, sur le plan psychologique, à une crise comparable à la crise d'adolescence. La femme est alors envahie par plusieurs sentiments.

- **L'ambiguïté** : son état de grossesse la rend encore plus femme mais parallèlement, il provoque un arrêt des règles, règles qui l'avaient faite devenir femme quelques années auparavant. Certaines ressentent parfois une diminution de leur féminité, pourtant, simultanément, la femme enceinte voit ses seins, symbole même de la féminité, augmenter de volume. Sa sexualité est exhibée et suscite quelquefois le désir du partenaire. Or, il est fréquent qu'à ce stade de la grossesse, le désir féminin ne progresse pas dans le même sens, principalement en raison d'une importante fatigue et des maux de début de grossesse. Dans certains cas, c'est un sentiment de plénitude physique qui entraîne une diminution du désir sexuel.

- **La culpabilisation** : elle fait aussi son apparition en début de grossesse. Après avoir eu la confirmation de son état, la femme enceinte se culpabilise parfois de ressentir si peu, voire nullement, la présence en elle de cet être qu'elle abrite. Ainsi,

Marie DENIS écrit dans *Des jours trop longs* : « *Les hommes ne se rendent pas compte que pour nous, au début, ce n'est pas encore un enfant, au début, c'est le mal de mer, le dégoût de la vie, on voudrait dormir ou mourir. Ce n'est un enfant que lorsque ça devient rond et que ça bouge* ».

Ce sentiment de culpabilité se retrouve également dans le cas de grossesses accidentelles : la femme a honte de son état, à une époque où la contraception est si bien maîtrisée, du moins théoriquement.

- **L'angoisse** : elle est également présente dès le début. En effet, la grossesse est une attente et toute attente est synonyme d'anxiété. Ce sentiment est souvent plus intense lorsqu'il s'agit d'une première grossesse car la peur de l'inconnu engendre une angoisse encore plus importante.

La femme enceinte est donc contrainte de s'adapter à son nouvel état. Pour cela, elle fait des efforts psychologiques auxquels sont quelquefois associés des manifestations physiologiques. En effet, selon J.H. BAUDET : « *Le vomissement est un des mots du langage corporel qui exprime la difficulté d'adaptation de la femme en début de grossesse. Les vomissements tradiraient le désir de rejeter l'enfant ou à l'inverse, l'angoisse de perdre cet enfant* ». Chaque nouveauté de la grossesse ainsi que les fantasmes qui s'y rattachent doivent être intégrés par la femme.

2) Du troisième au huitième mois :

La future mère est obligée d'accepter non seulement son état de grossesse, mais également les modifications physiques, de plus en plus nombreuses qui en découlent. Bien qu'il soit coutume de dire que le deuxième trimestre est plus « tranquille », plus serein, la femme est encore psychologiquement sollicitée puisque c'est la période où plusieurs événements ont lieu, comme la prise de conscience de la présence d'une vie en soi, l'augmentation du volume utérin et l'adaptation vis à vis des autres.

- **La prise de conscience de la vie qui est en soi** : le ventre grossit de plus en plus, les mouvements actifs fœtaux sont ressentis, la femme ne peut plus douter de la présence d'un être en elle. L'échographie du deuxième trimestre l'aide souvent à réaliser ce changement mais il en découle une ambivalence. Le fœtus est à la fois l'enfant désiré, fragile, qui joue dans le ventre de maman et un « occupant » qui l'alourdit, l'empêche de dormir...

L'enfant est la projection des désirs, des conflits et des angoisses familiales, ce qui est parfois difficile à assumer pour une seule personne. Il en découle des attitudes contradictoires puisque la femme se sent tantôt prête, tantôt perdue.

La femme tente, dans tous les cas, de s'adapter au mieux à cette relation particulière avec le fœtus qui demeure, jusqu'à la naissance, l'enfant imaginaire.

Cette prise de conscience est bénéfique pour certains couples angoissés par le premier trimestre. Les mouvements actifs sont pour eux le témoin de la bonne santé de leur enfant et leur apparition donne naissance à une immense soulagement. La femme a enfin l'impression de participer à la formation du bébé : elle se sent mieux. Cependant, la moindre anomalie est susceptible de bouleverser ce bien-être et de reproduire l'anxiété du premier trimestre.

- **La considérable augmentation du volume utérin** : elle entraîne des réactions différentes, et parfois même opposées, selon les personnes. Certaines éprouvent une sensation de plénitude et s'estiment au maximum de leur féminité. D'autres refusent un bouleversement du schéma corporel qui efface selon elles leur érotisme, leur charme.

- **L'adaptation aux autres** : à ce stade où la grossesse devient visible, les relations avec la famille ou le milieu professionnel évoluent. Le schéma de la femme enceinte représentant une mère idéale est omniprésent et culpabilise les femmes qui s'éloigneraient un peu du « moule ».

Elles doivent trouver le juste équilibre entre l'époque actuelle, qui voit la femme active et autonome, et la période de la grossesse pendant laquelle la femme est maternelle, vouée à son enfant. Il y a là encore une dualité qui, dans certains cas, s'accompagne d'un conflit de génération.

3) La fin de la grossesse :

Deux phénomènes principaux marquent cette période, il s'agit de l'angoisse et d'un conflit intérieur.

- **L'angoisse** : si elle est présente dès le début de la gestation, c'est à ce moment qu'elle atteint son point maximum. Elle est principalement liée à la peur de l'inconnu : la peur de l'accouchement. Bien sûr, cette anxiété est surtout vécue par les primipares mais les multipares évoquent également la peur d'un accouchement se déroulant de façon anormale.

Il faut aussi prendre en considération l'angoisse inconsciente de découvrir l'enfant réel et de le confronter à l'enfant imaginaire.

- **Le conflit intérieur** : il s'agit de « donner ou garder ». Accoucher, c'est se libérer d'un corps trop modifié, d'un volume utérin devenu intolérable, mais c'est également perdre un statut privilégié auquel la femme s'est accoutumée au prix d'une longue évolution psychique.

Il est possible que ce conflit intérieur soit à l'origine de nausées au troisième trimestre, d'accouchements prématurés sans étiologie retrouvée, ou au contraire, de dépassement de terme.

La femme se restructure donc à la demande de son psychisme, au fil des modifications physiques, des mouvements actifs du fœtus et des attitudes qui l'entourent. Voyons maintenant ; dans le sous-chapitre suivant, comment cette évolution est possible.

4) Mécanismes de l'évolution psychique de la femme enceinte :

Cette adaptation continuelle aux événements de la grossesse se fait grâce à deux mécanismes :

- **La régression** : elle est synonyme de défense, de rétraction. La femme s'éloigne, s'isole des problèmes, des peurs de l'environnement. Elle redevient, en quelque sorte, une enfant : elle n'est plus responsable, elle ne décide plus. La femme enceinte devient alors dépendante de la famille, du milieu médical...

La régression est nécessaire pour que la femme accepte son état de grossesse ; elle est entourée, rassurée, et tolère ainsi les modifications qui la touchent. L'entourage a parfois des difficultés à comprendre ce comportement, comme je l'ai parfois entendu en consultation : « Elle va être mère, ce n'est pas le moment de jouer à l'enfant . »

- **L'introversion** : la femme enceinte se replie sur elle-même, s'occupe d'elle. Elle réclame des droits, des privilèges puisqu'elle porte seule cet enfant qui sera celui de la famille. La gestante est « promesse », elle est idole. Et même si certaines, comme les féministes, s'en défendent : « *Il n'est pas vrai que l'enfant soit pour la femme un accomplissement privilégié... C'est là une affirmation qui a tout juste la valeur d'un slogan publicitaire.* » (Simone DE BEAUVOIR, *Le deuxième sexe*), il reste vrai que la grossesse donne à la femme un statut privilégié. Cela l'encourage à s'orienter vers des événements intérieurs, qui se passent dans son corps plutôt que dans le monde extérieur.

En résumé, la grossesse est une période de grand bouleversement psychologique chez la femme, mêlant angoisses et conflits. La future mère est habitée d'une quasi permanente ambivalence. Pour certains auteurs, comme GENSOLLEN-GIRALDI, cette ambivalence s'arrête au cinquième mois mais elle reprend de toute façon en fin de grossesse. La femme doit parcourir un chemin psychologique pour devenir mère et comme l'écrit J.H. BAUDET : « *Durant la grossesse s'accomplit une sorte de mutation préparatoire, une mise en condition, une redistribution des investissements libidinaux pour assurer le rôle et le statut de mère.* »

5) Modifications psychiques chez l'homme :

Je m'étendrai moins longtemps sur ce chapitre, non pas parce que les changements masculins sont moindres mais simplement parce qu'il n'y a pas de comportement type. D'un père à l'autre, le bouleversement psychique peut-être radicalement opposé.

Le début de la grossesse est marqué par une phase d'acceptation : l'homme accepte tout d'abord l'état de sa compagne et ensuite, les modifications corporelles qui l'accompagnent.

Puis, au fur et à mesure, un sentiment d'ambivalence apparaît, mélangeant la joie, la fierté d'être père et la jalousie. Cette dernière est fréquemment montrée, soit vis-à-vis de la femme qui a la chance de porter leur enfant, soit vis-à-vis du fœtus, devenu unique centre d'intérêt de l'être aimé. Si cette jalousie est refoulée, elle est souvent source d'une réelle agressivité et d'un rejet de la compagne. Au contraire, si elle est reconnue et acceptée, elle rend le futur père ultra-protecteur.

L'évolution psychologique de la femme ne facilite pas celle du papa. En effet, la régression féminine donne une place au conjoint mais quelque part, l'intériorisation la lui retire.

Enfin, certains pères manifestent des représentations fantasmatiques du fœtus qui sont pour eux une importante source d'angoisse. Ces représentations sont accentuées ou parfois diminuées par les échographies.

En conclusion, les papas subissent également un grand bouleversement psychologique. Leur femme devient mère, ils sont jaloux, anxieux, perdus... Cette femme restera-t-elle maîtresse ? Les hommes sont aussi confrontés à cette peur.

Après avoir observé les modifications corporelles des femmes enceintes et décrit les changements psychiques s'imposant à la femme et à l'homme, il paraît clair que la grossesse crée un réel bouleversement. Ainsi, les évolutions relationnelles pouvant se produire au sein des couples sont plus facilement compréhensibles.

CHAPITRE 2

SEXUALITE ET GROSSESSE

I. GENERALITES SUR LA SEXUALITE ET LE RAPPORT SEXUEL :

La sexualité, si intime et personnelle soit elle, présente certaines caractéristiques communes à tous les couples. Les premiers à s'y être intéressés l'ont fait au début du vingtième siècle et s'appellent KINSEY, MASTERS et JOHNSON. Depuis, la sexualité est de mieux en mieux connue, tant sur un plan psychologique que physiologique.

1) Le désir sexuel :

Aussi appelé libido, pulsion ou appétit sexuel, il est à la base de toute la sexualité. Il présente trois composantes :

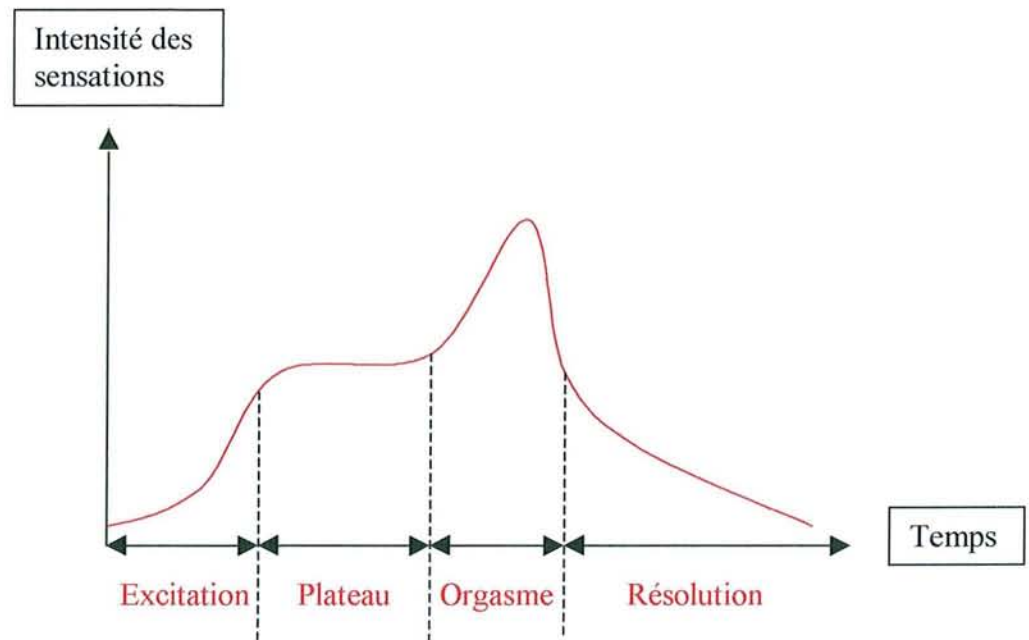
- La composante psychologique : très importante, elle est déterminée par la culture, l'éducation, la personnalité, la capacité fantasmatique, le contexte...
- La composante relationnelle : elle dépend de l'entente des partenaires, de l'état du couple.
- La composante physiologique : le désir sexuel est sous l'influence d'hormones. Chez l'homme, il s'agit de la testostérone et, chez la femme, des androgènes. Les estrogènes auraient également un rôle bénéfique sur le désir alors que la progestérone diminuerait la libido. Tout bouleversement hormonal a donc des répercussions sur le désir sexuel.

Cet appétit sexuel peut être vécu de deux façons : soit comme un manque qui pousse à le combler et qui s'évacue s'il est satisfait - c'est la théorie de PLATON -, soit comme un plus, une énergie qui pousse à agir.

2) Physiologie du rapport sexuel :

Après la naissance d'un désir sexuel réciproque, le rapport sexuel constitue une suite logique pour assouvir cette pulsion.

Le rapport sexuel se divise en quatre phases successives et a été décrit par MASTERS et JOHNSON sous la forme d'une courbe appelée : **Cycle des réactions sexuelles**.

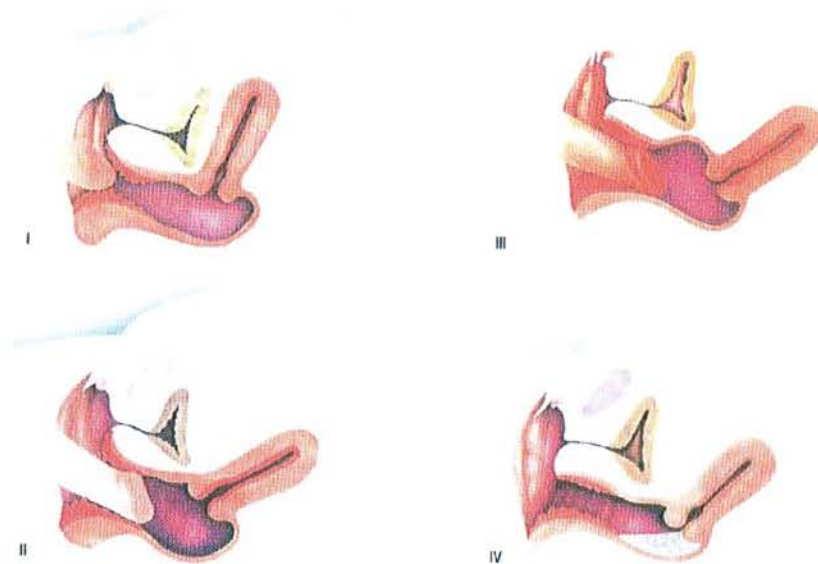


CYCLE DES REACTIONS SEXUELLES

- **L'excitation** : les stimulations sexuelles (baisers, caresses...) découlant du désir provoquent, si rien ne vient entraver l'évolution du rapport, une vaso-congestion des organes génitaux des partenaires. Elle se manifeste par une érection chez l'homme mais chez la femme, les phénomènes sont plus complexes : les lèvres, engorgées de sang et de liquide interstitiel augmentent de volume et il se produit une érection clitoridienne. Les seins augmentent également de volume et à ce niveau est constatée une érection mamelonnaire appelée thélotisme. Par ailleurs, l'utérus s'élève dans la cavité pelvienne et une lubrification vaginale est produite par les deux tiers supérieurs du vagin sous l'influence d'un afflux sanguin au niveau des parois vaginales. Selon des études de SEMMENS et WAGNER (1982) et de SARREL (1990), cet afflux sanguin est rendu possible par la présence suffisante des estrogènes.

Parallèlement à ces manifestations, s'observe également une augmentation des rythmes respiratoire, cardiaque et de la tension artérielle.

- **La phase en plateau** : elle débute par la pénétration du pénis dans le vagin et se termine juste avant l'orgasme. Elle est marquée par l'élévation et la rétraction du clitoris qui se retrouve entièrement recouvert par son capuchon, mais surtout par l'engorgement du tiers externe vaginal. Le vagin est donc rétréci à cet endroit, il forme ce qu'on appelle la plate-forme orgasmique et étreint la verge du partenaire. A l'opposé, le tiers interne du vagin se « ballonne » et forme une sorte de cupule pour accueillir le sperme.



Le rapport sexuel

1. Le vagin se modifie au cours du rapport sexuel. Grâce à un mécanisme de transsudation dû à l'afflux de sang, la partie supérieure sécrète un liquide de lubrification. La partie inférieure se rétrécit. 2. Le liquide de lubrification facilite l'introduction du pénis. 3. Pendant le rapport proprement dit, la partie supérieure se ballonne, formant un véritable réceptacle pour les spermatozoïdes après l'éjaculation (4). (Le livre de bord de la sexualité, J TORDJMAN, 1998)

Les bouleversements cardiovasculaires et respiratoires se poursuivent dans le même sens que lors de la première phase et s'accompagnent d'une tension musculaire.

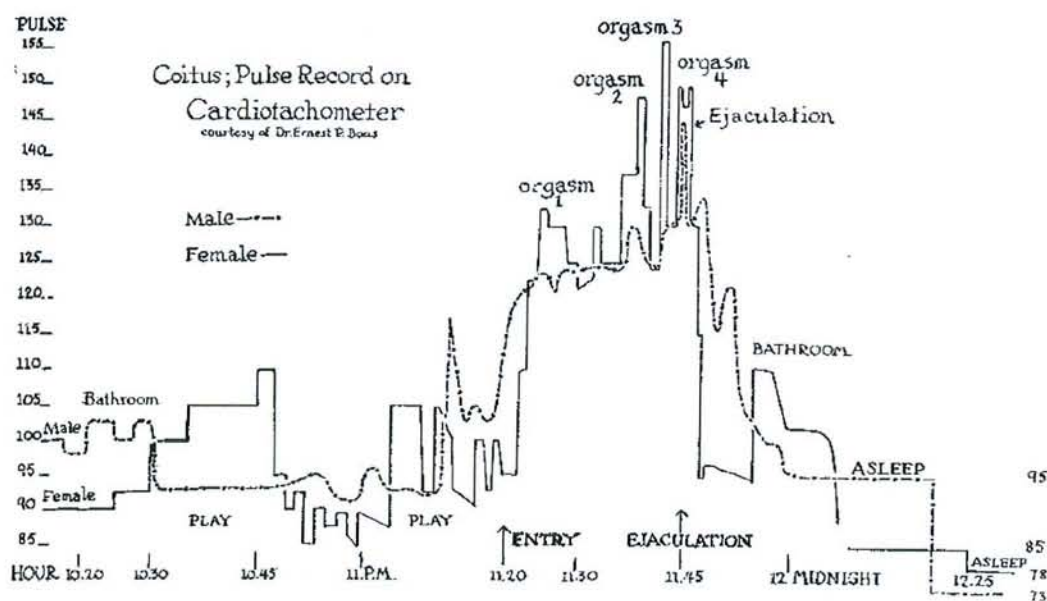
- **L'orgasme** : je passe volontairement sur l'orgasme masculin caractérisé par l'éjaculation de sperme. L'orgasme féminin paraît, lui, plus compliqué.

Freud prétendait qu'il existait deux sortes d'orgasmes : l'un clitoridien et l'autre vaginal. Selon lui, ce dernier était le seul signe de la maturité féminine et l'orgasme

clitoridien n'était en rien un aboutissement. Les auteurs qui lui succédèrent, comme KINSEY, MASTERS ou JOHNSON, rectifièrent en précisant qu'un orgasme, quelle que soit son origine, reste un orgasme.

A l'heure actuelle, les auteurs affirment l'existence d'un seul type d'orgasme, qui peut être provoqué par une excitation clitoridienne ou par la pénétration vaginale. Il existe donc deux « chemins » menant à l'orgasme. Le premier est lié à la riche innervation du clitoris tandis que le deuxième est la conséquence de l'engorgement vaginal associé ou non à la stimulation du point G (sur la paroi antérieure du vagin).

Quoiqu'il en soit, l'orgasme se compose de contractions vaginales et utérines, d'une accélération considérable (voir courbe ci-dessous) des rythmes cardiaque et respiratoire, d'une sensation de chaleur et de l'apparition de rougeurs sur le corps. Il s'accompagne, dans de rares cas, d'un écoulement de liquide incolore.



Enregistrement du rythme cardiaque chez un homme (tiret et point) et chez une femme (trait continu). Les préliminaires ont duré de 22h30 à 23h20 et la pénétration de 23h20 à 23h45. (<http://cyberkamasutra.com>).

- **La résolution** : c'est la disparition des tensions musculaires et de la congestion. La respiration, le pouls et la tension artérielle retrouvent progressivement leur valeur normale. Les organes génitaux, du clitoris à l'utérus, reprennent leur place et leur volume initial. Les rougeurs sexuelles s'atténuent et une fine transpiration apparaît. Contrairement à l'homme, la femme peut retrouver à ce moment une phase d'excitation.

Nous venons de voir à quel point la sexualité est un sujet complexe. De nombreux paramètres entrent en compte. Nous allons maintenant étudier comment la grossesse peut modifier ceux-ci.

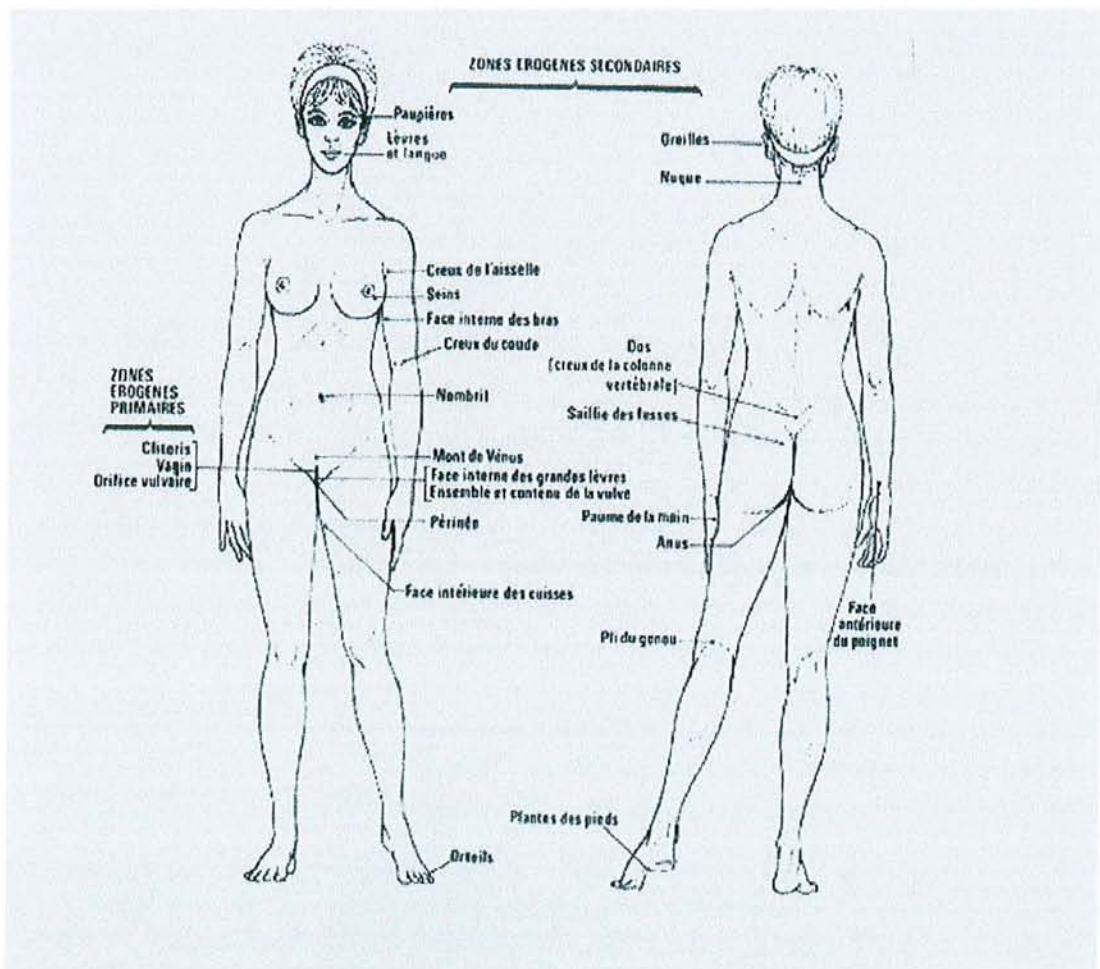
II CONSEQUENCES DE LA GROSSESSE SUR LA SEXUALITE :

Les différents bouleversements occasionnés par la grossesse, notamment au niveau hormonal entraîne une évolution de la sexualité pendant cette période. Dans de nombreux cas, le désir sexuel se modifie et le rapport en lui-même devient différent..

1) Evolution du désir sexuel au cours de la grossesse :

Plusieurs paramètres rentrent en compte :

- Les zones érogènes



(source : <http://www.100senssurs.qc.ca>)

D'après le schéma de la page précédente, les principales zones érogènes de la femme, c'est à dire les organes génitaux et les seins, sont des organes que le climat hormonal de la grossesse influence grandement.

Les seins tendus, plus volumineux, et la vulve congestionnée génèrent des modifications de la sensibilité de la femme vis-à-vis des caresses, des stimuli. Il est possible que les couples s'y perdent. Devant s'adapter à cela, il faut parfois qu'ils découvrent de nouveaux points érogènes. S'ils y parviennent, le couple ressort plus « riche » mais s'ils échouent, un sentiment de frustration se ressent chez chacun des deux partenaires.

A l'opposé, la tension mammaire et la congestion pelvienne provoquent dans un certain nombre de cas, une hausse de la libido.

La peau et les phanères participent également à la naissance du désir. Ainsi l'acné, les vergetures ont un effet négatif, tant pour la femme qui ne se sent pas désirable, que pour l'homme qui ne reconnaît pas sa compagne sexuelle.

- **Les hormones** : j'ai énuméré précédemment les hormones intervenant dans les pulsions sexuelles or, la grossesse est un réel bouleversement hormonal.

Les estrogènes : leur taux augmente tout au long des neuf mois, de façon proportionnelle à l'âge gestationnel. Les œstrogènes, rappelons le, ont une action favorisant le désir.

La progestérone : le taux est important pendant toute la grossesse. Sa production croît énormément entre la 12^e et la 36^e semaine. Le climat gestationnel est comparable à celui d'une phase lutéale, peu propice à la libido.

En conclusion, ce changement est vécu différemment selon les femmes : certaines seraient plus sensibles à l'augmentation de l'une ou l'autre hormone.

- **Autres facteurs** : au premier trimestre, la fatigue, les nausées, le pyrosis ou autres troubles digestifs entravent le désir sexuel. Au deuxième trimestre par contre, les dits « petits maux de la grossesse » disparaissent et il est fréquent de voir une augmentation de la libido pendant cette période. Enfin, au troisième trimestre, la gêne

du ventre, la prise de poids, les douleurs lombaires sont souvent évoquées comme des obstacles au désir.

Il ne faut pas oublier d'ajouter les lourdes modifications psychiques qui ébranlent la composante psychologique du désir et entraînent, dans la plupart des couples, la sexualité sur un plan secondaire.

2) Evolution du rapport sexuel au cours de la grossesse :

Je vais voir, phase après phase, les modifications qu'implique la grossesse.

- **Pendant la phase d'excitation** : à la vaso-congestion physiologique des organes génitaux et des seins pendant la grossesse s'ajoute celle liée à l'excitation. Il en découle une importante tension des zones mammaires et pelvienne, qui s'observe surtout au premier trimestre. Elle est difficilement supportable pour certaines femmes qui préfèrent alors cesser toute activité sexuelle.

Chez les multipares, la congestion à partir du deuxième trimestre est telle qu'elle empêche le mouvement habituel des grandes lèvres qui s'amincissent et s'écartent ; la pénétration peut être rendue difficile.

Par ailleurs, la lubrification vaginale est largement modifiée puisque le taux des œstrogènes progresse. Les femmes, surtout multipares, notent une importante augmentation de la lubrification.

- **Pendant la phase en plateau** : la grossesse provoque un engorgement au niveau supérieur du vagin, accentuant ainsi le rétrécissement du tiers externe de celui-ci. Chez les primipares, la réduction est de 75%, chez les multipares les parois vaginales parviennent à se rejoindre sur une ligne médiane, le vagin paraît alors totalement obturé.

- **Pendant l'orgasme** : Les femmes se plaignent quelquefois, au premier trimestre, d'une douleur le long de la ligne médiane lors de l'orgasme.

D'autre part, les contractions vaginales et utérines sont toujours observables et sont parfois responsables, par irritabilité, de contractions après l'acte sexuel. Ceci arrive principalement au troisième trimestre et engendre des inquiétudes au sein du couple.

- **Phase de résolution** : dans de nombreux cas, l'orgasme ne soulage pas entièrement la congestion pelvienne et il persiste une tension désagréable. Cette dernière peut durer plusieurs dizaines de minutes, rendant l'expérience sexuelle décevante.

3) Evolution des positions sexuelles :

Il est évident que plus la grossesse avance, plus le couple doit s'adapter au principal changement, c'est à dire l'accroissement du volume utérin. Il est certain qu'un inconfort se met en place au dernier trimestre. La gestante se sent mal à l'aise allongée et la proéminence de l'utérus empêche certaines positions.

Par ailleurs, d'autres gênes peuvent se manifester : douleurs ligamentaires dans la région de l'aîne, algies lombaires...

Les difficultés surviennent principalement au troisième trimestre, cependant, en adoptant de nouvelles positions, l'acte sexuel reste parfaitement possible jusqu'à la fin de la grossesse.

- **Positions confortables au troisième trimestre** :



Les positions latérales



La position d'Andromaque

Ces deux types de positions restent tout à fait possibles, en tenant compte du volume utérin, jusqu'à la fin de la grossesse. Elles ont un avantage supplémentaire : les femmes ne se trouvent pas en décubitus dorsal et évitent ainsi les éventuels malaises provoqués par la compression de la veine cave.

En conclusion, de nombreux facteurs font donc que, pendant la grossesse, la sexualité évolue. Le désir, le rapport en lui-même et les pratiques sexuelles sont modifiées. Les couples développent parfois des alternatives au coït en favorisant les caresses, la masturbation ou les relations oro-génitales.

Si la grossesse contraint les couples à adapter leur sexualité, il ne faut pas oublier que cette dernière est également sous l'influence d'un grand nombre de facteurs, comme l'éducation, la religion, la vie sexuelle antérieure à la grossesse...

Après avoir vu les conséquences de la grossesse sur la sexualité, nous allons nous intéresser aux effets éventuels de la sexualité sur la grossesse.

III. CONSEQUENCES DE LA SEXUALITE SUR LA GROSSESSE :

Si les couples se posent la question de savoir si les relations sexuelles sont « autorisées » pendant la grossesse, c'est donc qu'il pensent que la sexualité est susceptible d'avoir des incidences sur celle-ci. Qu'en est-il réellement ?

1) Grossesse d'évolution physiologique :

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, la physiologie du rapport sexuel au cours de la grossesse. Cela permet à tous les auteurs d'affirmer que la sexualité n'est pas contre-indiquée lors d'une grossesse non compliquée.

- **Conséquences sur la grossesse** : il est évident que lors d'un rapport, l'utérus devient irritable. En revanche, l'acte sexuel ne provoque pas de contractions suffisamment intenses pour entraîner une modification de l'état du col.

La sexualité n'a pas de conséquences particulières sur une grossesse d'évolution physiologique.

- **Conséquences sur la femme** : d'après les modifications observées lors de l'acte sexuel, notamment au cours de l'orgasme, il paraît clair que la sexualité ne peut pas avoir d'effet néfaste sur l'organisme maternel.

Toujours dans la cas d'une grossesse non compliquée Dès lors que le désir des deux partenaires est présent rien, ni personne, ne doit empêcher les rapports sexuels.

2) Grossesses pathologiques :

- **Sexualité et Menace d'Accouchement Prématuro (MAP)** : de très nombreuses études ont été réalisées sur ce sujet : PUGH et FERNANDEZ en 1953, SOLBERG en 1973, PERKINS en 1979, RAYBURN en 1980 ou encore BRUSTMAN en 1989. Aucune de ces études n'a permis d'établir un lien entre les rapports sexuels et le risque de MAP. Cependant, quelques éléments incitent à préconiser la prudence en cas de grossesse à risque ou même d'antécédent de MAP :

- La présence de prostaglandines dans le sperme : les prostaglandines, certes synthétiques celles-ci, sont couramment utilisées pour donner des contractions afin de maturer le col. Le doute reste donc présent sur une éventuelle action myocontractante du sperme. Ne conseille-t-on pas aux femmes approchant ou dépassant le terme d'avoir des rapports sexuels afin que les prostaglandines du sperme déclenchent des contractions ? (Il s'agit dans le langage courant d'un déclenchement à l' «italienne »)

- L'orgasme : il pose également question puisqu'il se caractérise par des contractions.

- La stimulation mamelonnaire : elle entraîne une production d'ocytocine, hormone responsable des contractions et utilisée pour les déclenchements du travail.

Ces différents points ne sont bien sûr pas à prendre en compte pour des grossesses d'évolution «normale » car la quantité de prostaglandines dans un éjaculat est minime et les contractions produites par l'excitation mamelonnaire ou l'orgasme sont insuffisantes pour modifier l'état cervical. En cas de MAP, en revanche, ces phénomènes peuvent aggraver la situation et maturer un peu plus le col. Dans ce cas, les rapports sexuels sont donc contre-indiqués, par mesure de prudence.

- **Sexualité et infections** : deux sortes de problèmes se rencontrent au cours d'une grossesse :

- La colonisation du vagin par des germes contenus dans le sperme masculin. Cette situation débouche parfois sur l'apparition de Maladies Sexuellement Transmissibles qui ont des conséquences importantes sur les nouveau-nés. Par ailleurs, le sperme contient des enzymes protéolytiques favorisant la pénétration des bactéries à travers le mucus cervical et les membranes. Devant ces situations d'infections

vaginales, l'utilisation de préservatifs en plus du traitement de l'infection permet de ne pas interdire les relations sexuelles.

– La Rupture Prématuration des Membranes (RPM) : les infections cervico-vaginales fragilisent les membranes qui se rompent alors spontanément, même longtemps avant le terme. Deux études (NAYES de 1959 à 1966, et MILLS en 1981) ont décrit l'incidence de la sexualité sur les RPM. Une fois de plus, les résultats s'opposent : le premier retrouve un lien direct entre les deux alors que le deuxième non. De toute façon, en cas de RPM, les rapports sont formellement contre-indiqués puisqu'il n'existe plus aucune barrière entre le fœtus et les germes.

• **Sexualité et saignements** : les saignements sont l'une des situations les plus inquiétantes pour les couples qui, spontanément, ont tendance à stopper les rapports sexuels. Pourtant, il faut différencier les étiologies des saignements :

– Saignements d'étiologie inconnue : il s'agit souvent du col, très vascularisé pendant la grossesse, qui saigne après une stimulation. Comme il arrive que des femmes présentent des petites métrorragies après un toucher vaginal, certaines femmes saignent légèrement après une pénétration. Il faut alors rassurer les couples et les informer sur le sujet. Il est important que les femmes sachent qu'elles doivent consulter à nouveau si ces saignements s'accroissent ou s'ils surviennent en dehors de toute stimulation.

– Décollement placentaire ou placenta bas inséré : la situation est bien différente dans ce cas. Le diagnostic est réalisé par échographie et dès lors, toute contraction est à éviter pour ne pas aggraver ou créer un décollement. Les relations sexuelles sont donc absolument contre-indiquées pour ne pas aggraver le pronostic fœtal.

Pour résumer, si la grossesse se déroule sans problème, il n'y a pas de raison de restreindre l'activité sexuelle ; c'est au couple de s'adapter à ses envies, à ses besoins et à ses possibilités. Par ailleurs, il existe des situations qui imposent d'elles-mêmes la prudence, comme les grossesses multiples par exemple. Enfin, il existe trois cas précis dans lesquels les rapports sont absolument contre-indiqués :

- **MAP (ou antécédent de MAP)**
- **RPM**
- **Décollement placentaire ou Placenta bas inséré**

Dans ces trois conditions, si les relations proprement dites sont interdites, les jeux et les caresses sexuelles ne le sont pas et au contraire, sont à encourager. Ceci doit être expliqué aux futurs parents pour éviter que le couple vive mal cette étape.

A qui revient cette tâche ? Quelle est la place des professionnels de santé face au problème de la sexualité pendant la grossesse ?

Pour confronter ces connaissances théoriques à la réalité, pour observer l'évolution de la sexualité pendant la grossesse et connaître le désir d'information des couples, j'ai choisi dans ma deuxième partie de réaliser une enquête à partir de questionnaires sur le thème de « sexualité et grossesse ».

2^{ème} PARTIE

ENQUETE SUR LA SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE

CHAPITRE 1

L'ENQUETE

I. DESCRIPTION DE L'ENQUETE :

Les recherches que j'ai menées pour réaliser la première partie de ce mémoire m'ont conduite à plusieurs hypothèses : la sexualité pendant la période de la grossesse est particulière car le désir change et l'état de grossesse modifie les pratiques.

Par conséquent, je désire me rendre compte de ce que les patientes attendent des soignants et ainsi définir leur rôle. C'est pourquoi j'ai décidé d'effectuer une enquête portée à la fois sur les comportements sexuels et sur l'information que désirent les couples vis à vis de la sexualité.

1) Description du questionnaire :

Il me faut tout d'abord préciser que ce travail est réalisé en partenariat avec le Docteur Steven Reichenbach, pédo-psychiatre et sexologue à Nancy qui doit parler de ce thème lors d'un congrès au mois de juin 2001. De ce fait, les questionnaires ont été relus par lui-même et il a souhaité ajouter certaines questions. Aussi, sur le questionnaire (annexe 1) j'ai indiqué par le symbole « * » les questions propres au Dr REICHENBACH.

Le questionnaire est évidemment anonyme et comporte 50 questions réparties en six parties distinctes :

La première appelée « Généralités » nous permet de cibler au travers de onze questions la population étudiée.

La deuxième partie « Avant la grossesse » nous aide à établir un constat quantitatif et qualitatif de la sexualité des femmes antérieurement à la grossesse.

Quant à la partie « L'annonce de la grossesse », elle tente de savoir si cette dernière influence rapidement le désir sexuel.

Ensuite, les seize questions du paragraphe « Pendant la grossesse » permettent de comparer la sexualité par rapport à la deuxième partie et donc d'étudier l'évolution des comportements sexuels pendant la grossesse.

Puis la partie « A propos de votre compagnon » permet de savoir si les femmes ont noté un changement d'attitude chez leur partenaire.

Nous terminons le questionnaire par huit questions concernant « L'information » donnée aux gestantes sur la sexualité.

Enfin, nous concluons par une rubrique intitulée : remarques, commentaires et suggestions libres.

2) But de l'enquête :

Par cette enquête, nous tentons de vérifier plusieurs hypothèses :

- La sexualité resterait un sujet tabou.
- Les comportements sexuels seraient modifiés par la grossesse.
- La fréquence comme la qualité des rapports seraient concernées.
- La grossesse pourrait entraîner des difficultés sexuelles.
- Les gestantes bénéficieraient de peu d'informations sur ce thème.
- Elles désireraient en savoir plus sur le sujet.

En l'occurrence, nous souhaitons par l'analyse des questionnaires étudier dans les détails les changements qui s'opèrent dans l'intimité des couples et les besoins de ces derniers.

3) Méthodologie :

- **Distribution des questionnaires** : au total, 120 exemplaires ont été distribués dans les maternités de Nancy (80), Neufchâteau (25), Saint-Dié (10) et Vesoul (5).

Compte tenu du thème, il m'a semblé judicieux de rendre visite aux patientes pour leur demander si elles acceptaient de participer à mon enquête en leur donnant les explications nécessaires sur celle-ci. Dans la mesure où elles étaient d'accord, je leur donnais une enveloppe contenant le questionnaire.

J'ai choisi d'effectuer la distribution en secteur de suite de couche, d'une part parce que c'est l'endroit où les femmes restent en général le plus longtemps et d'autre part, parce qu'ainsi les grossesses physiologiques et pathologiques étaient réunies.

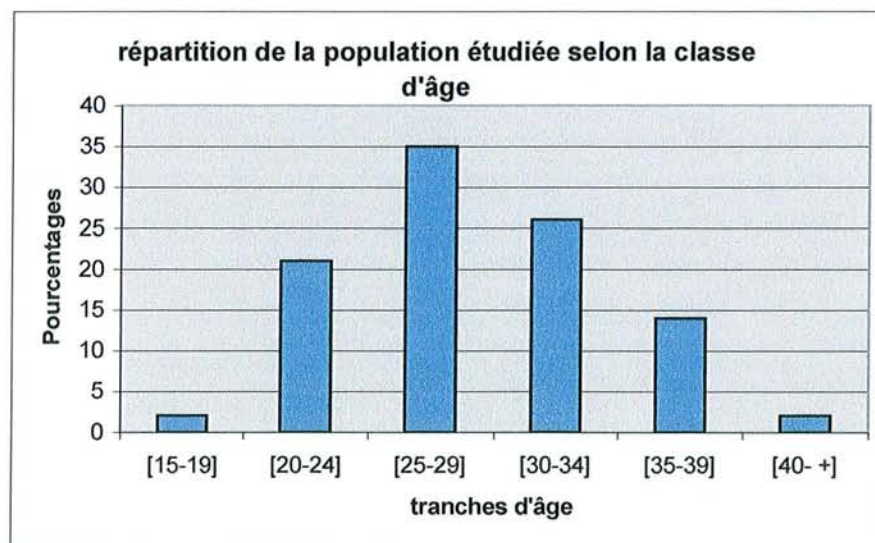
- **Ramassage des questionnaires** : Les femmes me rendaient les enveloppes fermées lors de mon passage dans leur chambre le lendemain ou surlendemain. Je pouvais à ce moment répondre à leur éventuelles questions où savoir si elles avaient rencontré des problèmes pour répondre aux miennes. Certains questionnaires se sont perdus, d'autres n'étaient que partiellement remplis si bien que j'ai finalement obtenu 100 exemplaires interprétables.

II. ANALYSE DES QUESTIONNAIRES :

1) Description de la population interrogée :

Cent femmes ont donc été interrogées sur plusieurs sites, à la fois dans des zones citadines et dans d'autres plus rurales afin d'avoir des résultats les plus justes possibles.

- **Age** : la moyenne d'âge des femmes est de 28 ans et demi, soit très proche de la moyenne nationale des femmes qui accouchent puisqu'elle est de 29 ans. La répartition se fait selon la loi de Gauss avec un minimum de 17 ans et un maximum de 42 ans. La répartition par tranche d'âge de 5 ans est la suivante :



- **Religion** : 77% des mères interrogées appartiennent à une religion : 73% sont catholiques, 1% musulmane, 1% protestante, 1 femme est témoin de Jéhovah et 1 femme est à la fois catholique et musulmane. Parmi elles seulement 3% sont pratiquantes. Au vue de ce faible pourcentage, aucune relation ne pourra être établie entre la sexualité et la pratique d'une religion.

- **Situation sociale** : dans cette population, 94% des femmes vivent en couple (51% sont mariées, 43% vivent en concubinage et 6% sont seules). Il en découle une observation de plus en plus admise au cours du temps : près d'un enfant sur deux est conçu hors mariage.

- **Niveau d'étude** : La répartition selon le niveau d'études atteint est la suivante :

Niveau d'études	Pourcentage de femmes correspondant
Primaire	1%
Secondaire	12%
Professionnel	51%
Universitaire	35%
non répondu	1%

- **Profession** : Il me paraît bon de préciser que 65% des femmes seulement ont répondu à la question : quelle est votre profession ? Parmi celles-ci sont comptées les personnes ayant répondu « sans profession ».

- **La sexualité est-elle un tabou ?** 60% des femmes répondent qu'elles se sentent libres de parler de ce sujet, 38% éprouvent une légère gêne et seulement 2% considèrent que la sexualité est tabou. Nous pouvons donc considérer que 98% des femmes sont prêtes à aborder le thème.

- **Parité** : le nombre moyen d'enfants par femme questionnée est de 1.88 (ce qui équivaut à la moyenne nationale). La répartition est la suivante :

Primipares :	48%
Secondipares :	38%
Troisième pares :	8%
Plus de 3 enfants :	6%

Par ailleurs, dans 89% des cas les grossesses sont désirées alors que 11% sont donc dites « accidentelles ».

- **Santé** : 98% des mères sont en bonne santé physique et morale. Nous notons une femme diabétique et une femme qui n'a pas précisé son problème de santé.
- **Durée de la relation avec le conjoint** : la moyenne est de 7 ans avec une durée minimale de 1 mois et une durée maximale de 18 ans.

2) L'annonce de la grossesse :

Pour 98% des femmes interrogées, il n'y a pas de baisse de la libido avant même que le diagnostic de grossesse soit établi. De la même façon, le fait d'apprendre la grossesse ne génère pas une diminution immédiate du désir.

3) Comparaison de la sexualité avant et pendant la grossesse :

Etant donné que nous avons décidé de nous pencher sur l'évolution de la sexualité, nous allons établir une comparaison entre les réponses de la partie « avant la grossesse » et celles de la partie « pendant la grossesse ».

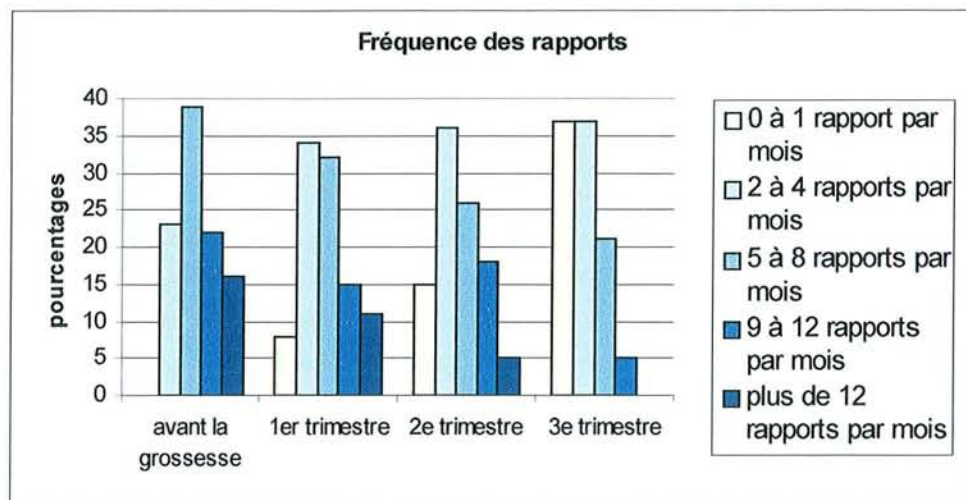
1. Comparaison des éléments qualitatifs de la sexualité :

- **Fréquence des rapports sexuels** : pour ce point de l'enquête, les fréquences ont été réparties en cinq tranches : 0 à 1, 2 à 4, 5 à 8, 9 à 12, plus de 12 rapports par mois.

Les questions n° 13 et 32 permettent d'établir des comparaisons entre les différentes périodes.

Fréquence des rapports par mois	Avant la grossesse	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre
0 à 1	0%	8%	15%	37%
2 à 4	23%	34%	36%	37%
5 à 8	39%	32%	26%	21%
9 à 12	22%	15%	18%	5%
Plus de 12	16%	11%	5%	0%

Soit sous forme de graphique :



Nous constatons que la proportion de couples ayant 0 à 1 rapport mensuel augmente progressivement tout au long de la grossesse pour atteindre plus de 35% des cas au 3^e trimestre alors que l'observation inverse se réalise pour une fréquence supérieure à 12 rapports par mois. Les tranches intermédiaires restent un peu plus stables.

En calculant la fréquence moyenne des rapports pendant la grossesse et en la comparant à la fréquence antérieure à la grossesse, on s'aperçoit que le nombre de rapports sexuels baisse pour 90 femmes sur 94 qui ont répondu. Nous pouvons donc estimer que dans 96% des cas, la fréquence des rapports sexuels est diminuée pendant la grossesse.

Par ce graphique, nous distinguons une nette chute de la fréquence des relations sexuelles au 3^e trimestre de la grossesse puisque les deux tranches de fréquences inférieures (soit moins de 5 rapports par mois) regroupent plus de 70% des cas.

Cependant, les évolutions trimestre par trimestre sont variables selon les femmes. Si l'on tient compte des maux de la grossesse, de l'augmentation du volume utérin, il est généralement admis que les rapports baissent au premier et dernier trimestre ou que la diminution est progressive tout au long des neuf mois. Le tableau suivant décrit les trois types d'évolutions les plus fréquemment recensées dans l'enquête.

Evolution de la fréquence des rapports sexuels au cours de la grossesse

VARATION ENTRE			pourcentages recensés
avant et 1er trimestre	1er et 2e trimestre	2e et 3e trimestre	
→	→	↘	22
↘	→	→	20
→	→	→	12

Légende : ↘ diminution du nombre de rapports mensuels
 → stagnation du nombre de rapports mensuels

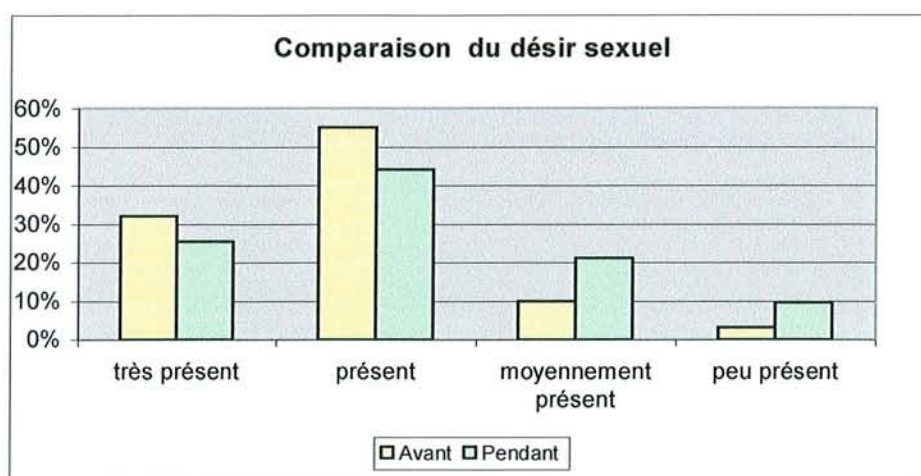
(pour les pourcentages des autres cas d'évolution : voir annexe 2).

• **Désir, plaisir et orgasme** : les femmes ont coté ces trois items avant et pendant les trimestres de gestation en fonction de leur présence. Les réponses proposées étaient :

- très présent
- présent
- moyennement présent,
- peu présent.

Par trois histogrammes séparés, nous allons comparer les variations de ces trois caractéristiques de la sexualité.

Etude du désir sexuel : L'histogramme ci dessous montre une diminution du désir avec un glissement des tranches supérieures vers les tranches inférieures. Ainsi 87% des femmes qualifient leur désir de présent (55%) ou très présent (32%) avant la grossesse. Ce pourcentage chute à 70% pour la période de grossesse (44% présent et 26% très présent).



Comme pour la fréquence des rapports, l'évolution de la libido s'effectue trimestre par trimestre avec deux types de progression principaux, qui regroupent plus d'un tiers des réponses (voir annexe 3 pour les autres évolutions rencontrées).

Evolution du désir sexuel au cours de la grossesse

TRIMESTRES			pourcentages recensés
1er	2ème	3ème	
↘	↘	↘	19
→	→	→	15

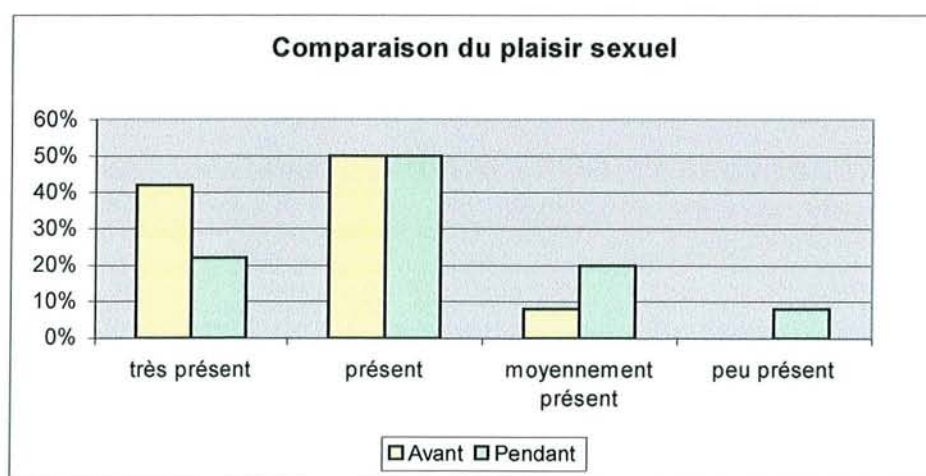
Légende : ↘ diminution du nombre de rapports mensuels
 → stagnation du nombre de rapports mensuels

Les causes de la baisse du désir sont multiples et souvent liées entre elles. Plusieurs tendances se distinguent :

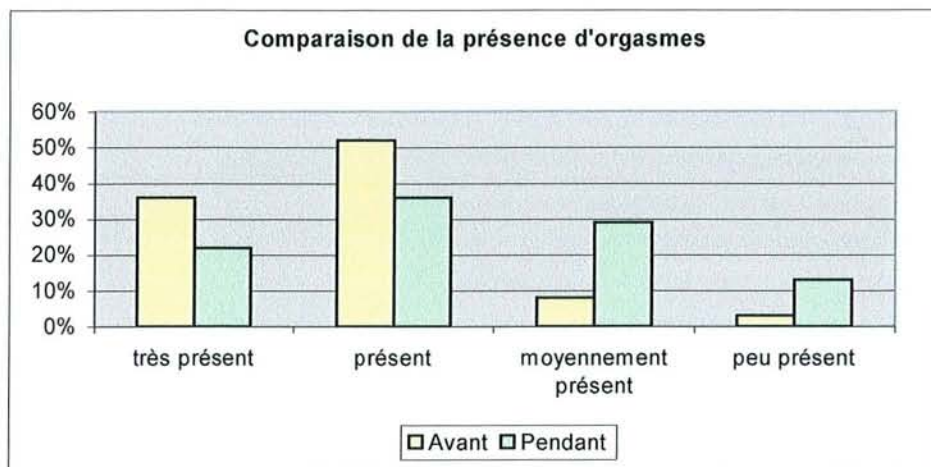
- au 1^{er} trimestre : la fatigue et les nausées sont citées dans 72% des cas.
- au 2^e trimestre : la fatigue est encore évoquée mais pour 40% des femmes les modifications physiques apparaissent comme cause de cette baisse de désir. Les parents semblent prendre conscience de la présence du fœtus à cette période et ainsi 3% des hommes refusent toute relation avec leur partenaire.
- au 3^e trimestre : les raisons restent les mêmes, et 29% de femmes signalent des dyspareunies.

Les causes de la hausse du désir : si ce type d'évolution est plus rare, il concerne tout de même 21% des femmes au 1^{er} trimestre, 31% au 2^e et 21% au 3^e. Les raisons évoquées sont des pulsions inexplicables (75%) et/ou une sensation de bien-être (32%).

Etude du plaisir sexuel : les résultats montrent une diminution du plaisir. En effet, 92% des femmes estiment leur plaisir sexuel présent ou très présent avant la grossesse, elles ne sont plus que 72% dans ce cas pendant la grossesse. Nous constatons même que quasiment 10% des femmes ressentent peu de plaisir sexuel durant la grossesse alors que ce chiffre est de 0% en dehors de la gestation.



Etude de l'orgasme : la même observation se renouvelle. Le chiffre de 88% de femmes ayant des orgasmes très présents ou présents avant la grossesse chute à 58% pendant la grossesse.



2. Evolution des comportements sexuels :

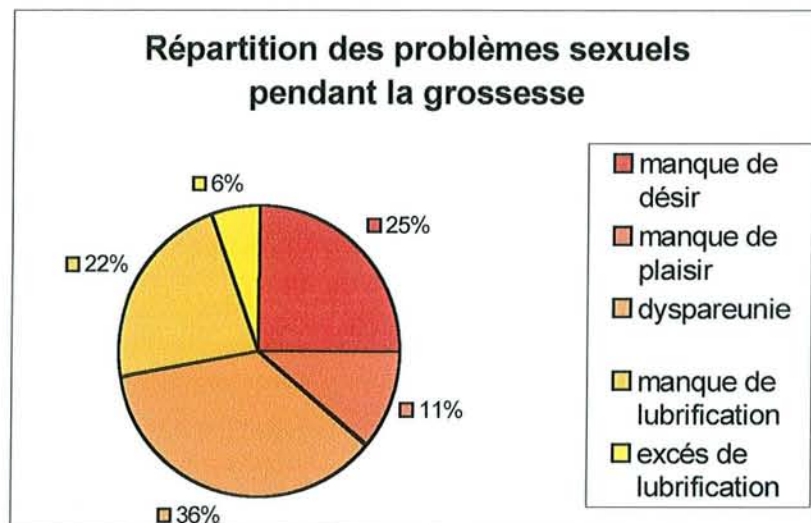
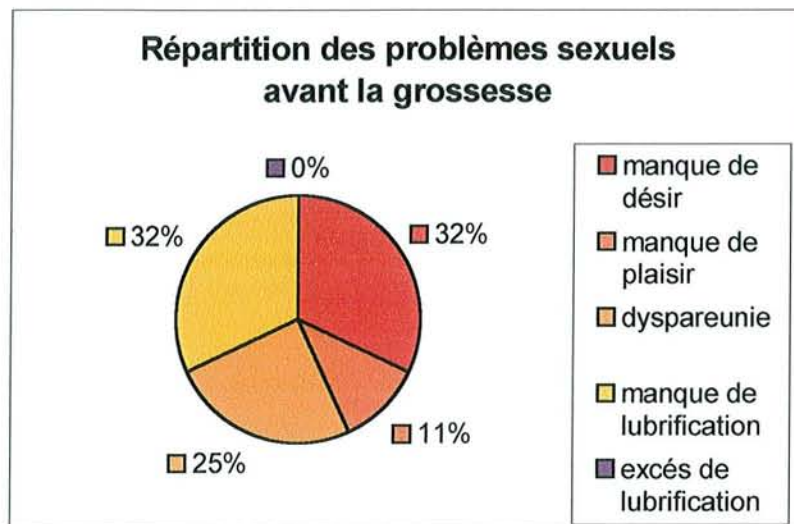
Les résultats obtenus précédemment prouvent que la sexualité est bouleversée pendant la grossesse. Les couples sont donc contraints de s'adapter.

- **Les positions sexuelles** : 32% des couples modifient leurs habitudes sexuelles, notamment par la découverte de nouvelles positions sexuelles : 27% choisissent les positions latérales et abandonnent les positions « traditionnelles » du missionnaire et d'Andromaque (retrouvées respectivement chez 80% et 59% des couples en dehors de la grossesse).
- **Les caresses** : 25% des couples développent les caresses pour pallier la baisse des rapports.

- **Evolution des problèmes sexuels avec la grossesse :** 21% des femmes interrogées se plaignent d'un problème avant la grossesse et 30% pendant.

Il faut noter qu'une partie des problèmes est résolue avec la grossesse tandis que certaines femmes voient apparaître des difficultés sexuelles au moment de la grossesse. En conclusion, des problèmes surviennent dans 28% des grossesses.

La répartition des cinq problèmes les plus fréquemment rencontrés, avant et pendant la grossesse, peut être représentée ainsi :



	présents avant la grossesse	résolus avec la grossesse	apparu avec la grossesse	présents pendant la grossesse
Manque de désir	9	5	5	9
Manque de plaisir	4	3	3	4
Dyspareunies	7	6	12	13
Manque de lubrification	9	7	6	8

Progression des différents problèmes

Pour le manque de désir et de plaisir : nous remarquons que le tableau présente un effet miroir (trait vertical), il y a donc autant de cas résolus que provoqués par la grossesse. Par conséquent, aucune conclusion ne peut être prononcée sur l'influence de la grossesse sur ces deux difficultés sexuelles.

Pour les dyspareunies : 12% des femmes voient apparaître ces douleurs pendant la grossesse, il est donc tentant de dire que cette dernière les favorisent. Cependant, 6 femmes sur les 7 en souffrant avant la grossesse les ont vues disparaître. Une fois encore, chaque femme semble réagir différemment.

Pour la lubrification : d'après le tableau, 7 femmes sur 9 présentant un manque de lubrification en temps ordinaire n'en souffrent plus pendant la grossesse. L'excès de lubrification physiologique pendant la grossesse est à l'origine de ce phénomène ; il est considéré comme excessif et gênant dans 2% seulement des couples (chez des femmes se plaignant de sécheresse vaginale avant la gestation).

Certaines femmes, au contraire, ressentent un manque de lubrification uniquement pendant la grossesse (6 femmes), au cours des trois trimestres pour 4 d'entre-elles et durant le premier trimestre seulement pour 2.

D'après les résultats de l'enquête, il n'y a pas de corrélation entre l'âge des femmes et la présence de problèmes. La moyenne d'âge des femmes ayant des difficultés est de 28 ans également (s'étalant de 17 à 42 ans). Le niveau d'étude ne semble pas non plus intervenir car parmi cette catégorie de gestantes, nous retrouvons sensiblement les mêmes pourcentages de femmes ayant une formation professionnelle (45%), supérieure (42%) et secondaire (13%) que dans l'ensemble de la population étudiée.

Après avoir vu les différentes modifications sexuelles, voyons à quel point elles influencent la vie du couple.

3. Comparaison des ententes au sein des couples :

Avant la grossesse :

ENTENTE DU COUPLE	NIVEAU DE SATISFACTION	ENTENTE SEXUELLE
59%	Très satisfaisante	34%
33%	Satisfaisante	48%
6%	Assez satisfaisante	16%
2%	Peu satisfaisante	1%
0%	Non satisfaisante	0%

Pendant la grossesse :

ENTENTE DU COUPLE	NIVEAU DE SATISFACTION	ENTENTE SEXUELLE
59%	Très satisfaisante	29%
35%	Satisfaisante	42%
3%	Assez satisfaisante	17%
2%	Peu satisfaisante	10%
1%	Non satisfaisante	2%

Par ces tableaux, nous constatons que la satisfaction sexuelle diminue : 12% des femmes considèrent leur sexualité pendant la grossesse comme peu ou non satisfaisante tandis qu'elles ne sont que 3% dans ce cas auparavant.

Cependant, cette baisse de satisfaction liée à la diminution de désir, de plaisir et d'orgasmes ne paraît pas porter atteinte à l'entente au sein des couples. Cette dernière est satisfaisante voire très satisfaisante pour 92% et 94% des femmes dans chacune des périodes étudiées.

La question n° 37 portant sur les relations de couple confirme ce postulat. En effet, 60% des femmes interrogées pensent que la grossesse ne modifie pas les relations sentimentales et pour 34% elle contribue même à un rapprochement des deux

partenaires. Seules 6% des femmes ont le sentiment d'un éloignement de leur conjoint (l'une d'entre-elles présentant une M.A.P.).

Nous pouvons préciser que de manière générale, l'entente du couple et l'entente sexuelles se situent dans des niveaux de satisfaction identiques ou voisins. Une seule femme a mentionné une entente sexuelle satisfaisante avec une entente de couple peu satisfaisante, avant comme pendant la grossesse.

4) A propos du compagnon :

- **Le désir masculin** : tout porte à croire que les hommes éprouvent également une baisse de la libido pendant la grossesse de leur compagne.

En effet, avant la grossesse, 12 femmes se plaignent d'une demande excessive de rapports sexuels de la part de leur conjoint. Pendant la grossesse, ces 12 femmes ne sont plus retrouvées. En considérant que le désir féminin chute, nous aurions pu croire que celui de leur compagnon allait paraître plus excessif encore. Cela n'étant pas le cas, la conclusion est : le désir masculin diminue également.

Par ailleurs, un autre résultat confirme cette hypothèse puisque 70% des mères questionnées considèrent que le désir de leur partenaire est supérieur au leur en temps ordinaire, ce chiffre n'est plus que de 52% pendant la grossesse (et nous savons désormais que cela n'est pas dû à une augmentation de la libido féminine).

Certains hommes s'orientent même vers l'abstinence. Ainsi dans les causes de diminution de la fréquence des relations sexuelles, les femmes évoquent le refus de leur partenaire dans 1% des cas au premier trimestre, 3% au deuxième et 6% au troisième.

- **Changement de comportement** : 54% des interrogées reconnaissent ce phénomène chez leur compagnon. Aucune ne précise comment il se manifeste mais les causes de ce changement d'attitude sont principalement : la peur de faire mal au bébé (68%) et les modifications physiques de leur partenaire (18%).

Il faut préciser qu'aucune femme n'a ressenti de jalousie chez son conjoint vis à vis de la grossesse ou de l'enfant à venir. Les changements de comportement observés ne sont donc pas liés à un tel sentiment.

5) L'information :

- **Avez-vous ressenti le besoin de parler du bouleversement sexuel entraîné par la grossesse ?**

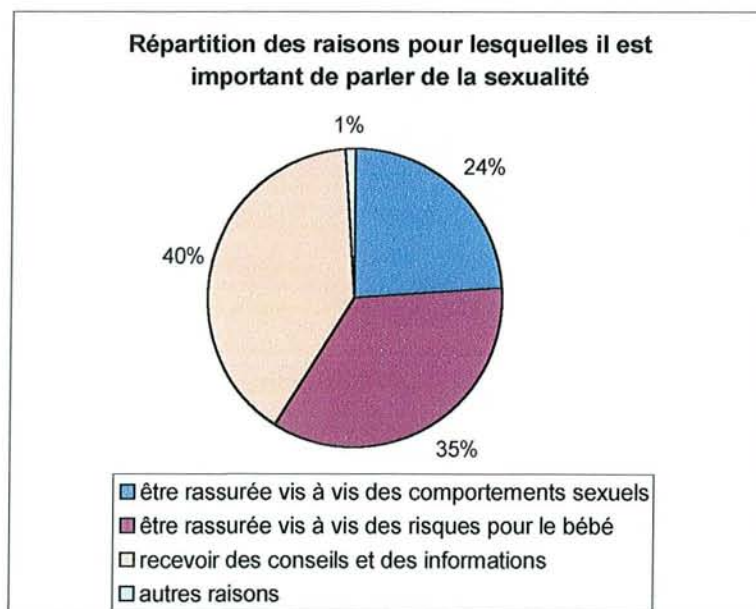
A cette question, seulement 15% des femmes (dont 66% de primipares) répondent oui. Ce faible pourcentage peut surprendre ! Il ne s'agit vraisemblablement pas de pudeur puisque, rappelons-le, 98% des femmes ne considèrent pas la sexualité comme un tabou.

D'autre part, ce n'est pas systématiquement vers le milieu médical qu'elles se tourneraient pour en parler puisque parmi ces 15%, 1/3 le feraient avec des amis ou la famille, 1/3 avec une sage-femme et 1/3 avec un obstétricien.

- **Pensez-vous qu'il est important d'en parler ?**

Paradoxalement, plus de la moitié des femmes (64%) estiment que oui. Elles considèrent donc que le sujet est important (accepter de répondre au questionnaire le prouve déjà) mais pas fondamental au vu des résultats de la question précédente.

Quatre raisons étaient proposées : pour être rassurée vis à vis des comportements sexuels, pour être rassurée vis à vis des risques pour le bébé, pour recevoir des conseils et des informations et des informations ou pour d' « autres raisons ». Voici les réponses obtenues :



- **Avez-vous reçu une information ?**

17 femmes répondent avoir reçu une information sur ce thème soit par le professionnel qui les suit, soit par l'intermédiaire de revues.

3 d'entre-elles ont demandé cette information. Les raisons pour lesquelles les 97 autres femmes n'ont pas formulé de demande sont :

Ne me semblait pas nécessaire	59%
Je n'ai pas osé	18%
Autre réponse	7%
Sans réponse	13%
Total = 97%	

D'après ces résultats, la proportion de femmes que la sexualité met mal à l'aise n'est donc pas négligeable. C'est certainement pourquoi elles pensent dans 71% des cas que c'est au praticien d'ouvrir le dialogue. Or, ceci n'est fait que dans seulement 20% des grossesses.

- **Les professionnels apportent-ils des conseils ?**

S'ils sont 20% à aborder le sujet, ils sont 12% à formuler des conseils, qui diffèrent souvent d'une patiente à l'autre, sur la sexualité pendant la grossesse. Le tableau ci dessous présente les différents conseils les plus courants et leur proportions respectives :

Diminuer le nombre de rapports pendant toute la grossesse	1/12
Diminuer le nombre de rapports pendant les dernières semaines	3/12
Ne pas modifier la fréquence des rapports	3/12
Adapter les positions sexuelles	1/12
Autres réponses*	3/12
Sans précision	1/12

* une gestante présentant une M.A.P. s'est vue recommander l'abstinence et une femme a répondu que son gynécologue lui a conseillé de : « faire comme elle le sent ! »

- **Quelle information souhaiteraient les femmes ?**

Quatre types d'information ainsi que plusieurs thèmes étaient proposés aux femmes dans le questionnaire.

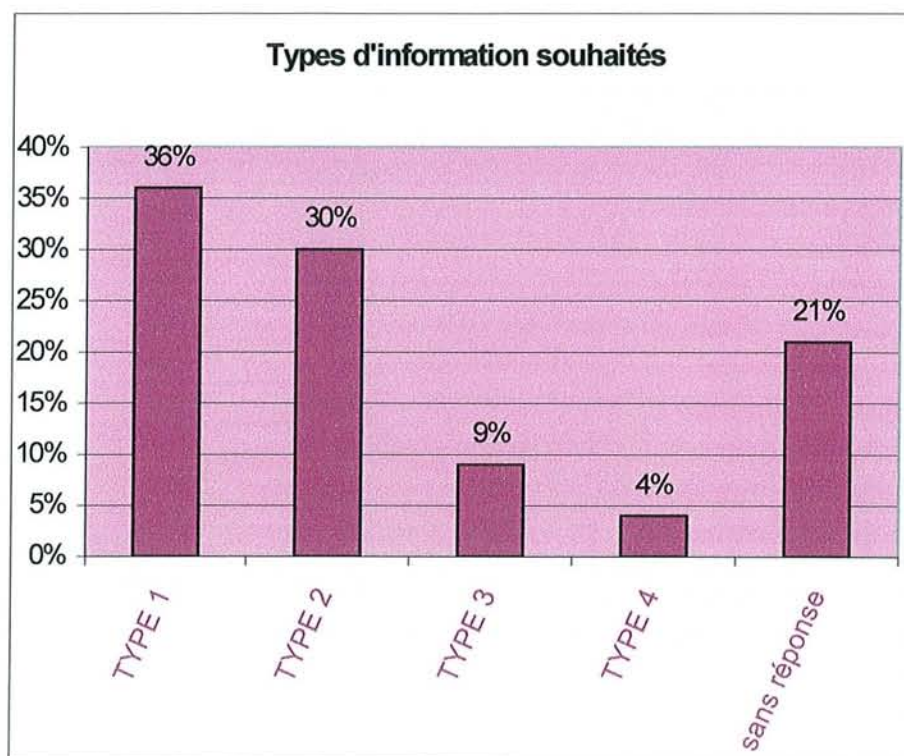
La sexualité semble malgré tout rester un sujet tabou au tout au moins pudique, puisque les femmes s'orientent plus vers des informations anonymes (brochures) ou personnelle (en tête à tête avec le praticien). Les pourcentages représentant le choix des mères interrogées sont reportés dans le graphique ci-dessous.

TYPE 1 : brochure d'information

TYPE 2 : dialogue avec le professionnel qui suit la grossesse

TYPE 3 : rencontre avec d'autres femmes enceintes

TYPE 4 : réunion d'information avec des professionnels



Enfin, les femmes semblent intéressées par l'ensemble des thèmes suggérés dans la question n° 50, c'est à dire : les conséquences de la grossesse sur la sexualité (citées dans 60% des réponses), les possibilités sexuelles pendant la grossesse (citées dans 69% des réponses) et les dangers et les contre-indications de l'acte sexuel (cités dans 69% des réponses).

6) Remarques, commentaires et suggestions des femmes :

Peu de femmes ont éprouvé le besoin d'ajouter quelque chose à leurs réponses. Je remercie toutes celles qui ont utilisé cette rubrique pour m'encourager dans mon travail ou me féliciter. Je remercie également les femmes qui ont eu un œil critique sur le questionnaire (un peu long, parfois un peu compliqué) et m'ont ainsi permis de l'améliorer.

CHAPITRE 2

LES CONCLUSIONS DE L'ENQUETE

Cette enquête permet de constater qu'il y a un réel changement de la vie sexuelle pendant la grossesse. Le désir sexuel est moins important chez l'homme comme chez la femme. Le plaisir, les orgasmes diminuent pour nombreuses d'entre elles. Les partenaires s'adaptent souvent en modifiant leurs habitudes sexuelles.

Néanmoins, nous constatons une chute de la satisfaction sexuelle des femmes pendant la période de la grossesse.

Ce phénomène est-il dû à un manque d'information ? La dernière partie du questionnaire tend à prouver que peu de femmes demandent des renseignements sur la sexualité et que peu de professionnels abordent le sujet d'eux-mêmes. Or, les gestantes sont d'accord pour dire qu'il est important d'en parler même si, personnellement, elles ne sont que très peu à en avoir ressenti le besoin pendant leur grossesse. Il s'agit donc de prévenir les problèmes sexuels par l'information puisque le but de la prévention est bien d'agir avant que le besoin n'apparaisse. Ce que les femmes semblent souhaiter est une information individuelle et discrète concernant les possibilités sexuelles, les risques éventuels et le rapport en lui-même pendant la grossesse.

Pour conclure, la plupart des hypothèses émises au début de cette partie sont confirmées par les résultats de l'enquête. La première : « la sexualité reste un tabou » peut être discutée puisque seulement 2% des femmes confirment franchement cette affirmation. Cependant, au fur et à mesure des questions, les femmes manifestent leur gêne : elles n'osent pas ouvrir le dialogue, elles désirent des renseignements individuels. Nous pouvons affirmer que la sexualité reste un thème délicat puisqu'il s'agit de s'immiscer dans l'intimité des couples. Comment les professionnels arrivent-ils à évoquer le sujet sans se heurter à la pudeur naturelle des femmes ?

Pour les autres hypothèses, il est confirmé que les comportements sexuels sont modifiés par la grossesse, que la fréquence et la qualité des rapports sont touchées, que des difficultés sexuelles surviennent quelquefois. Enfin, l'information est peu fréquente mais il ne semble pas évident que les femmes en désirent d'avantage.

Malgré ce dernier constat, je pense comme les gestantes interrogées qu'il est important d'aborder ce sujet au cours de la grossesse, afin d'éviter des situations parfois dramatiques. Mais à qui revient cette tâche ? Quelle est la place des professionnels de santé face au problème de la sexualité pendant la grossesse ? Faut-il toujours informer les couples et si oui comment ?

3^{ème} PARTIE

LE ROLE DES PROFESSIONNELS

CHAPITRE 1

QUI, QUAND, OU ?

I. QUI ?

La grossesse est certainement une période de la vie des femmes pendant laquelle elles côtoient le plus le milieu médical. Entre obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, échographistes (en particulier dans les grands centres hospitaliers), elles avouent souvent manquer un peu de repères quant au rôle de chacun. A qui s'adresser, pour quel motif ? Plusieurs questions se posent quant à l'information des couples.

1) Les professionnels ont-ils un rôle à jouer ?

D'après les conclusions de mon enquête, la sexualité pendant la grossesse n'est pas exempte de problèmes et d'insatisfaction. A l'origine de ceux-ci sont retrouvées de nombreuses causes dont les principales sont les mêmes depuis plusieurs années : la méconnaissance de l'anatomie féminine et de la physiologie de la gestation, la gêne causée par le ventre, le défaut d'information. Ces raisons étaient déjà citées en 1995 par Anne COSTIAU, étudiante sage-femme en Belgique (Dossier de l'Obstétrique n° 240, juin 1996).

Sur ces points, l'information serait efficace et éliminerait quelques craintes irrationnelles qui persistent comme celle de blesser le fœtus lors des rapports sexuels. C'est pour cela que les professionnels ont une place non négligeable en matière de prévention. Cette place n'est certainement pas évidente vu la complexité du sujet et la multitude de réactions possibles pour chaque couple.

Il ne faut pas occulter que, d'après l'enquête réalisée, un certain nombre de femmes recherchent des renseignements sur la sexualité par d'autres moyens que les professionnels médicaux. Il s'agit :

- Des revues ou magazines consacrés à la grossesse : ils sont très nombreux à l'heure actuelle mais ne peuvent décrire tous les cas de figure existants. Par conséquent, ils ne s'adaptent pas à toutes les gestantes, qui parfois ne se reconnaissent pas dans ces articles.

- Des discussions avec l'entourage : pour les mêmes motifs, cette forme d'information ne semble pas idéale. Chaque couple vit une évolution sexuelle différente

au moment des grossesses et l'expérience de l'un n'est généralement pas applicable à l'autre. Se confier à des amis peut quelquefois même aggraver la situation si ceux-ci n'ont pas éprouvé les mêmes gênes ou difficultés.

2) Avec qui parler de sexualité ?

Les professionnels contribuant au suivi des grossesses sont très nombreux mais ceux qui sont amenés à parler de ce sujet le sont moins. Il s'agit la plupart du temps du gynécologue obstétricien ou d'une sage femme qui soit, suit la grossesse soit, dirige des cours de préparation à la naissance.

- **Les gynécologues obstétriciens** : lors de leur cursus universitaire, ils bénéficient d'enseignements sur la gynécologie, l'obstétrique, la psychologie. Ils connaissent parfaitement les conséquences physiques et psychiques de la grossesse. Cependant, un manque de cours théorique de sexologie les pénalise parfois dans l'approche de la sexualité du couple. Or, les problèmes d'ordre sexuel ne concernent pas que la gestante mais bien le couple.

Bien sûr les gynécologues obstétriciens pallient souvent cette absence d'enseignement de sexologie par des études personnelles sur le sujet. Pour ceux qui désirent approfondir leurs connaissances, une spécialisation en sexologie est possible.

- **Les sages-femmes** : sur quatre années d'enseignement, les cours théoriques traitant de la sexualité comportent quinze heures. Ils ont lieu au cours de la quatrième année d'étude.

Si ce nombre d'heures semble suffisant pour acquérir les bases sur la physiologie du rapport sexuel et les comportements en matière de sexualité, je crains qu'il ne permette pas aux sages-femmes de réagir en toutes circonstances.

Les notions traitées lors des études sont :

- Introduction à la sexologie
Histoire de la relation sexuelle.
- Sexualité normale
Aspects physiologiques et psychologiques.
- Sexualité de l'enfance et environnement familial
Plaisir et frustration.
L'art de l'éducation.
Problèmes sexuels liés à l'enfance.
Manifestations sexuelles de l'enfant.
- Sexualité de l'adolescence
L'adolescent(e) et son corps.
L'affirmation de l'adolescent et la masturbation.
L'homosexualité de l'adolescent.
Conduite hétérosexuelle de l'adolescent.
- Sexualité de la femme enceinte
- Sexualité du troisième âge
- Sexualité et maladies organiques
- Dysfonctions sexuelles
Douleurs pelviennes.
Frigidité, vaginisme, impuissance, éjaculation prématurée.
Le conflit en relation avec la personnalité.
Le conflit conjugal.
Le conseil conjugal.
Déviations sexuelles.
Information et éducation sexuelle.

Ces acquis sont évidemment complétés par des situations, rencontrées lors des stages, qui poussent à se poser des questions et qui au final permettent d'acquérir un savoir-être.

Ultérieurement, une spécialisation est également ouverte aux sages-femmes. Il s'agit d'une attestation d'études en sexologie (voir annexe 4) ou de formations professionnelles de conseiller en sexologie sur deux ans, en établissements privés. Ces

formation sont très certainement la preuve que les professionnels souhaitent en connaître plus sur la sexualité

- **Les sexologues** : la sexologie est une science récente qui étudie les phénomènes sexuels d'un point de vue anatomique et psychologique. Les premiers travaux ont eu lieu dans une école berlinoise avant la guerre mais ont disparu durant cette dernière. Les plus anciennes études d'après guerre proviennent des Etats-Unis et datent de 1948.

– Qu'est-ce qu'un sexologue ?

Les sexologues sont des médecins gynécologues, généralistes, psychiatres...qui se sont spécialisés. Plusieurs formations existent : depuis peu, un Diplôme Inter Universitaire (D.I.U.) a été mis en place dans six facultés de France (pour connaître les modalités et le programme enseigné, voir annexe 4). Les médecins ayant effectué une formation de sexologue avant 1996 pouvaient demander une équivalence au D.I.U. auprès du conseil de coordination pédagogique inter-universitaire (C.C.P.I.U.) jusqu'en juillet 2000. Aujourd'hui, seul le D.I.U. permet une reconnaissance professionnelle des sexologues. Parallèlement, des établissements privés comme l'Ecole Française de Sexologie, l'Institut en sexologie ou la Société Française de Sexologie Clinique proposent des formations aux médecins ainsi qu'au personnel médical.

Les sexologues ont une approche pluridisciplinaire de la sexualité qui s'effectue sur cinq plans : la biologie, la problématique sexuelle, les maladies conjugales, la constellation familiale et le plan existentiel.

Certains couples ont de réelles difficultés sexuelles que seul un sexologue est apte à résoudre. La grossesse est parfois le moment où ces difficultés sont exacerbées. C'est pourquoi si un gynécologue ou une sage-femme s'estime incompetent pour répondre à une situation compliquée, il ne doit pas hésiter à conseiller une consultation avec un sexologue.

II. QUAND ET OU ?

Pendant la grossesse, les femmes sont entourées de personnes qui connaissent la nature féminine et la grossesse, ce qui parfois les « autorise » à poser leurs questions concernant la sexualité.

1) Quand ?

Les gestantes ont actuellement sept consultations obligatoires tout au long de la grossesse. Le sujet peut être abordé tout au long des neuf mois, soit par la patiente qui rencontre des difficultés, soit par le praticien pour prévenir ces dernières. Tout professionnel est susceptible d'être questionné sur ce thème par les couples. Même s'il n'est pas toujours facile de répondre à ces demandes, le praticien ne doit pas laisser apparaître une éventuelle gêne car les couples pourraient se sentir coupables d'aborder le sujet et n'oseraient alors, plus dévoiler leurs inquiétudes.

Une information systématique, lors d'une consultation prédéterminée ne paraît pas être une bonne solution. En effet, d'après mon enquête, les problèmes sexuels surviennent à des moments différents de la gestation. Par ailleurs, il semble impossible de cibler des patientes « à risque de problème sexuel » car aucun facteur, ni l'âge, ni le niveau social, ni la parité n'est déterminant.

Il n'y a vraisemblablement pas de moment particulier à choisir puisque chaque trimestre a ses caractéristiques. Le plus simple serait bien sûr d'ouvrir le dialogue lorsque le couple le demande mais, avec un sujet si tabou, cela serait-il suffisant ?

Bien sûr, en cas de pathologie nécessitant une absence de rapports sexuels, l'information est immédiate et souvent délivrée de façon plus spontanée par le praticien.

2) Où ?

Le choix n'est pas tellement vaste en ce qui concerne les lieux. Les endroits où les femmes enceintes rencontrent les professionnels, en dehors de l'urgence, sont les secteurs d'hospitalisation, les consultations et les salles de cours de préparation à la naissance (PPO).

Les services d'hospitalisation ne sont évidemment pas un lieu idéal pour aborder le sujet de la sexualité étant donné que le couple est préoccupé par le motif de l'hospitalisation. Cependant, dans le cas d'une M.A.P. déclenchée après un rapport sexuel, il est important de dialoguer avec le couple sur ce sujet pour éviter qu'ils ne se sentent coupables.

Comparons les avantages et inconvénients des deux autres endroits :

	CONSULTATIONS	COURS DE PPO
Avantages	⇒ Lieu intime ⇒ Interlocuteur déjà connu la plupart du temps	⇒ Lieu d'échange ⇒ Lieu d'information ⇒ Durée des séances allant de une à deux heures
Inconvénients	⇒ Temps limité ⇒ Aspect médical du lieu	⇒ Présence d'autres personnes ⇒ Problème des femmes qui ne participent pas aux cours

En ce qui concerne les cours de PPO, la sage-femme peut introduire le sujet et se mettre à disposition des femmes, individuellement, après la séance.

En conclusion, il ne paraît donc pas exister de moment ni de lieu idéal dans la prise en charge actuelle des grossesses. Le risque est que la sexualité ne soit pas du tout abordé ou qu'il ne le soit que partiellement, ce qui pourrait avoir pour conséquence de renforcer l'inquiétude des couples.

CHAPITRE 2

COMMENT PARLER DE SEXUALITE ?

I. L'INFORMATION A DONNER :

En aucun cas il ne s'agit pour les médecins ou les sages-femmes de dicter une conduite. La sexualité est à adapter à chacun et les besoins diffèrent d'un individu à l'autre. Le rôle premier des professionnels, comme dans beaucoup de domaines, est l'information. Comme tout praticien se renseigne sur l'activité du fœtus, la présence de contractions, les éventuelles pertes...pourquoi ne pas s'intéresser à la sexualité du couple ?

1) But de l'information :

Par information, j'entends également une notion de communication. Cette dernière est indispensable pour éviter que des difficultés sexuelles, liées entre autres à des modifications dues à la grossesse ,viennent fragiliser le couple. Le risque majeur est que chacun finisse par prendre parti d'une sexualité mal accordée. Les conséquences relationnelles, notamment après l'accouchement, seraient alors catastrophiques.

L'information agit en prévention : elle explique aux patientes des faits dits « normaux » qui pourraient les inquiéter. Elle est parfois controversée car le fait de parler de sexualité peut susciter des interrogations chez des couples qui n'avaient aucune préoccupation auparavant. Mais les renseignements que le personnel médical apporte, rassurent vite ces couples.

2) Comment informer les couples ?

C'est là qu'apparaît le principal problème : qui doit aborder le sujet ? Le soignant doit-il attendre que les questions lui soient posées ? Ou est-il préférable qu'il entame le dialogue pour rendre ce dernier plus facile, au risque de choquer les patientes qui ne se posent aucune question sur ce thème ?

Grâce au dépouillement des questionnaires, j'ai analysé quel type de renseignements les gestantes désirent. Ce qu'elles semblent préconiser est une information personnelle voire personnalisée. Loin des cours collectifs de préparation à

la naissance, elles favoriseraient un entretien particulier avec le praticien qui suit la grossesse. Dans le cas d'un dialogue avec ce dernier, elles sont une grande majorité à préférer que le professionnel aborde de lui-même le sujet. Une gêne des futures mères est donc manifeste. Elles se sentent plus à l'aise pour évoquer leurs inquiétudes ou leurs difficultés dans la mesure où le gynécologue ou la sage-femme parle spontanément de sexualité. Or, la proportion de professionnels initialisant le dialogue est faible. Peut-être ont-ils peur de mettre les couples mal à l'aise, mais ceux-ci le sont encore plus si le sujet n'est pas abordé alors qu'ils en ont envie. Ou peut-être ne pensent-ils pas aux difficultés sexuelles quand elles ne s'accompagnent pas de conséquences sur la grossesse.

D'après l'enquête, les femmes sont favorables à une information par un système de brochure. Cette idée permet un anonymat et une discrétion maximum. Cependant, une brochure ne contient que des renseignements généraux, elle n'est pas adaptée à chaque couple, d'autant que de multiples évolutions de la sexualité sont possibles. De plus, elle ne permet pas de répondre aux questions des futurs parents, qui surviennent parfois après la lecture des informations.

Néanmoins, un tel document paraît intéressant pour ouvrir le dialogue. Le praticien en le remettant témoigne du fait qu'il est prêt à parler de sexualité et les patientes profitent alors du moment pour exposer leurs interrogations.

3) Le contenu de l'information :

D'après l'enquête réalisée, les femmes paraissent intéressées par une multitude de renseignements, à la fois sur la grossesse, les possibilités sexuelles, la place du fœtus, les contre-indications de l'acte sexuel...

En tout cas, il ne fait aucun doute que le rôle des médecins comme des sages-femmes est d'écouter, entendre, rassurer, informer et répondre.

- **Ecouter et entendre** : les professionnels prêtent attention à ce que disent les patientes et tentent de comprendre en totalité la demande formulée.

Ils s'efforcent également d'entendre ce qui n'est pas dit. C'est une capacité qui n'est pas enseignée à l'école et qui ne s'acquiert très certainement que par l'expérience.

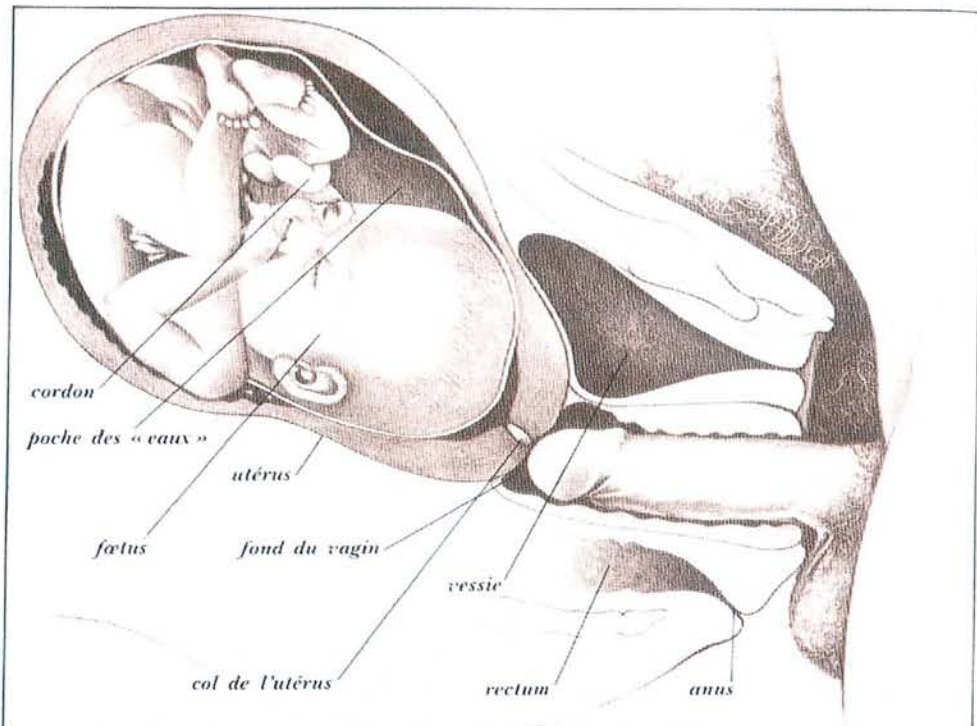
Il s'agit de savoir percevoir un infime sentiment de gêne, une vague impression que quelque chose ne va pas, une envie cachée de parler de sexualité chez quelqu'un qui n'ose pas débiter le dialogue. Sans brusquer, les praticiens en abordant le thème permettent aux interlocuteurs de dévoiler, le cas échéant, leurs peurs ou leurs interrogations.

- **Rassurer** : comme il a été vu dans la première partie, la grossesse est lourde de bouleversements. Il convient donc de rassurer les couples sur ce qui se passe physiologiquement pendant cette période. Pour éviter que l'intimité ne passe à un plan secondaire, la femme a besoin de savoir que ce qu'elle ressent est du ressort de la physiologie, qu'elle est « normale ».

Rassurer les patientes comporte aussi la lutte contre les idées reçues. Elles sont nombreuses dans le domaine de la sexualité et encore plus dans celui de la grossesse, alors quand les deux se croisent ! Lors de la distribution des questionnaires, une femme m'a par exemple dit : « *Mon mari avait tellement peur de provoquer l'accouchement qu'à partir du sixième mois il ne m'a plus touchée* ». Une autre m'a demandé : « *C'est vrai que le pénis de l'homme peut cogner contre la tête du bébé ?* ». De telles idées, si fantasmatiques, peuvent facilement avoir des conséquences néfastes sur la sexualité.

Sans entrer dans les détails, il est possible d'expliquer que le compagnon ne blesse pas le fœtus au moment de la pénétration, que le sperme n'envahit pas la cavité amniotique...

Au besoin, les professionnels peuvent facilement s'appuyer sur des schémas comme celui situé sur la page suivante, à condition bien évidemment de l'expliquer.



(Guide pratique de la vie de couple, Drs ELIA et WAYNBERG, éditions Fillipachi 1984)

- **Inform** : les couples reçoivent de plus en plus de renseignements sur la gestation et le développement du fœtus. Ne faut-il pas les informer aussi sur les conséquences éventuelles de cet état, notamment sur le plan sexuel ? Afin de limiter leurs inquiétudes, il serait bon qu'ils sachent que le rapport sexuel en lui-même est susceptible de changer et que les sensations féminines sont souvent différentes par rapport à la période antérieure à la grossesse.

Pour les grossesses dites pathologiques, l'information semble également indispensable. En effet, pour que les couples acceptent l'interdiction des relations sexuelles quand cela est nécessaire, il convient de leur expliquer précisément les risques encourus sans les inquiéter outre mesure. En respectant les convictions de chacun, qu'elles soient culturelles, religieuses ou personnelles, expliquer que les alternatives à la pénétration (caresses, masturbation, pratiques oro-génitales) restent souvent possibles me semble fondamental. Ainsi les partenaires ne perdent pas toute relation intime ; la grossesse est une période idéale pour découvrir une sexualité certes différente mais tout aussi enrichissante.

- **Répondre** : à toutes les questions évidemment mais aussi à toutes les attentes. Les dangers de l'acte sexuel, les positions adéquates, les conséquences pour le fœtus sont autant d'interrogations qui, si elles ne trouvent pas de réponse, sont des gênes au sein du couple et empêchent un épanouissement maximum.

- **Ce que doivent savoir les couples** : quelques points sont essentiels pour parvenir à rassurer les futurs parents :

- La grossesse est un tel bouleversement physique, psychologique et hormonal que le désir comme le plaisir sexuels sont susceptibles de varier chez les deux partenaires

- Si le désir est présent, les rapports sexuels sont possibles tout au long de la grossesse lorsque cette dernière est sans complications.

- L'évolution de la grossesse contraint souvent les couples à adapter leur sexualité (nouvelles positions...).

Je termine cette partie consacrée à l'information par une petite liste de dix conseils simples (page suivante), extraite du livre : Le livre de bord de la vie sexuelle de G. TORDJMAN.

Ces conseils regroupent les points cités ci-dessus et pourraient par exemple être contenus dans une brochure distribuée aux couples, en ajoutant que le personnel médical est prêt à répondre à leurs interrogations sur ce sujet.

10 conseils aux futurs parents

1. Maintenez une activité sexuelle pendant la grossesse. Elle procure un sentiment de sécurité et renforce le lien affectif entre les conjoints pendant cette période de stress.
2. Sachez qu'habituellement, les réponses sexuelles (désir, fréquence des rapports, plaisir, orgasme), décroissent progressivement ou brutalement pendant la grossesse, et notamment au cours du dernier trimestre. Ce déclin ne devrait en aucun cas être interprété comme un échec de l'un ou de l'autre des partenaires ou comme un signe de désamour.
3. Cette modification des réponses sexuelles s'explique essentiellement par l'inondation du cerveau par des messages hormonaux contradictoires.
4. L'activité sexuelle pendant la grossesse n'est nocive ni pour la mère, ni pour l'enfant, à condition d'en exclure les femmes à risques.
5. Les femmes à risques sont celles qui ont présenté des problèmes au cours des grossesses antérieures : avortements à répétition, bécote du col, menace de fausse couche ou d'accouchement prématuré.
6. L'orgasme a pu, dans certains cas exceptionnels, provoquer des contractions utérines. Rien n'a jamais prouvé que ces contractions pouvaient déclencher un travail prématuré.
7. Il est des alternatives au rapport sexuel lui-même : masturbation réciproque, caresses bucco-génitales.
8. Certaines positions sont particulièrement recommandées pendant la grossesse, comme la position latérale (« en petites cuillères »).
9. N'hésitez pas à communiquer à votre médecin tout problème sexuel ou relatif à la grossesse. Votre praticien saura vous rassurer et vous serez ainsi plus à l'aise avec votre sexualité, tout en évitant de faire courir des risques inutiles au bébé.
10. Si votre activité sexuelle décline pendant la grossesse, continuez à maintenir un contact physique entre vous : caresses, baisers, cajoleries.

(Le livre de bord de la vie sexuelle, G. TORDJMAN, éditions Marabout, 1998)

Ces conseils sont facilement compréhensibles par chacun et chacune mais un doute se pose : doivent-ils être lus par chacun et chacune ? Après avoir répondu à la question : « Avec qui les couples peuvent-ils parler de sexualité ? » il reste à savoir avec quels couples les professionnels peuvent en parler.

II. UNE INFORMATION, OUI MAIS POUR QUI ?

De manière générale, l'objectif de la prévention et de l'information est de toucher un maximum de population concernée. Or, il semblerait que pour la sexualité cela ne soit pas le cas ; le fait de cibler les destinataires paraît essentiel. La sexualité serait-elle l'exception qui confirme la règle ?

Lors de discussions avec des praticiens, certains d'entre eux m'ont fait remarquer que dans quelques cas il est préférable de ne pas aborder ce thème, que les répercussions peuvent être multiples.

1) Répercussions possibles sur les femmes :

Ce sont les femmes, souvent sans leur conjoint, que les obstétriciens ou les sages-femmes sont amenés à rencontrer. Il n'est ainsi pas évident d'envisager des difficultés sexuelles lorsqu'une seule personne est présente devant soi. L'avantage des consultations de sexologie est de prendre en considération le couple dans sa globalité et non la femme enceinte seule. Cependant, les obstétriciens ou sages-femmes qui informent les patientes sur la sexualité, peuvent leur expliquer les différents points concernant la grossesse et notamment l'absence de contre-indication à l'acte sexuel lors d'une grossesse physiologique. Deux réactions principales sont possibles :

- Certaines femmes sont rassurées de pouvoir continuer une sexualité « normale » et cela va leur permettre de s'épanouir totalement, sans doute ni angoisse refoulés.

- D'autres femmes, qui ressentent par exemple une diminution de désir sexuel, préfèrent certainement ne pas recevoir cette information. Elles ne la communiquent souvent pas à leur compagnon et choisissent de rester persuadées que les rapports ne sont pas conseillés. Cependant, elles sont habitées par un sentiment de culpabilité ; coupables de mentir à leur partenaire certes, mais peut-être aussi de ne pas avoir envie de relations sexuelles alors que cela est « permis ».

2) Répercussions possibles sur les hommes :

Les deux réactions décrites pour les femmes sont applicables aux hommes.

– Pour certains, la symbolique de la femme devenant mère est très présente. Ils ne conçoivent pas de faire l'amour avec une future maman. Ce n'est pas parce que : « *En vérité, il y a quelque chose de vaguement superflu à faire l'amour avec une femme enceinte, comme d'arroser le jardin après l'orage.* » (C. LEPAGE et F. PAGES, *En attendant bébé.*) mais parce que, dans l'esprit de ces hommes, la femme enceinte est un symbole de pureté. Pour eux, avoir un rapport sexuel avec elle serait synonyme de souiller cette pureté.

Si les compagnes de ces hommes leur répètent : « On peut, c'est le docteur qui l'a dit ! », le mal-être des futurs papas est facilement imaginable.

– D'autres hommes peuvent au contraire se servir de l'information reçue pour plus ou moins contraindre leur partenaire à poursuivre les relations sexuelles, alors qu'elles n'en ressentent pas obligatoirement l'envie, « puisqu'il n'y a pas de danger ».

Alors que faire lorsqu'on se situe à la place des professionnels de santé ? Informer les femmes uniquement, pour qu'elles puissent décider de ce qu'elles souhaitent sur le plan sexuel pour leur grossesse ou ne rien dire au risque que des incompréhensions et des difficultés surviennent ?

Il ne paraît pas y avoir de règle générale à établir. L'important est que les femmes, autant que les hommes sachent que les rapports sexuels sont possibles pendant la grossesse mais pas obligatoires. Ainsi si les couples en ressentent le désir, ils pourront continuer à avoir des relations sexuelles sans « arrières pensées », de même que si l'un ou l'autre des deux éprouvent une diminution de la libido, ils sauront que cela est normal.

Une phrase de PAJOT résume très bien l'esprit de l'information à procurer :

« *Que vos vœux soient exaucés, ne les pousser pas trop loin.* »

En conclusion, l'information est primordiale dans ce domaine. Elle doit tenir compte des différentes facettes du sujet : les événements physiques, psychiques et relationnels. Elle n'est pas négligeable puisque des difficultés sexuelles causent souvent une diminution de l'harmonie entre les partenaires. Il en découle alors un climat affectif incertain pour l'enfant à venir.

Si certaines interrogations sont facilement résolues par une information claire, d'autres font appel à des connaissances en psychopathologie et en sexologie. C'est pourquoi une collaboration entre les différents professionnels concernés est nécessaire

Par ailleurs, je n'ai pas l'impression qu'il existe un moyen idéal d'information : une brochure seule n'est pas suffisante, le dialogue semble important mais est-il possible lors d'une consultation de vingt minutes ?

Malgré tout, je tiens à insister sur l'importance de renseigner les couples sur la sexualité pendant la grossesse. A une époque où l'on commence à parler de sexualité au collège voire plus tôt par soucis de prévention, pourquoi refuser le dialogue avec des adultes qui eux-mêmes auront une éducation sexuelle à donner ?

CONCLUSION

En m'intéressant à la sexualité pendant la grossesse, je m'attendais à rencontrer des difficultés pour dialoguer avec les gestantes. Leur spontanéité m'a frappée et c'est tout naturellement qu'elles ont toutes accepté de s'entretenir avec moi et de répondre à mon questionnaire. La sexualité ne serait donc pas si tabou !

Il ne fait aucun doute que la grossesse représente un réel bouleversement dans un couple. Les transformations, tant physiques que psychologiques ou hormonales sont très nombreuses et modifient les données sexuelles. Dans l'enquête réalisée, les femmes témoignent généralement d'une diminution du désir et du plaisir sexuel et les couples s'adaptent plus ou moins facilement à ce changement.

Je pensais alors que le personnel de santé avait un rôle primordial à jouer pour aider les futurs parents à trouver un équilibre sexuel au milieu de tous ces bouleversements. Au fil de l'enquête, je me suis aperçue que les femmes enceintes ne demandent aucun soutien particulier dans ce domaine. Les couples semblent donc pouvoir faire face, seuls, à l'évolution de la sexualité au cours de la grossesse.

Cependant, nous savons que certaines gestantes se renseignent auprès d'amies ou de leur famille pour se rassurer quant au caractère « normal » de leurs impressions ou de leur état. Il est également certain que des problèmes sexuels surviennent parfois pendant la grossesse, engendrant un véritable déséquilibre au sein du couple.

Aussi, je reste persuadée que les professionnels doivent être à l'écoute des gestantes et prêts à répondre aux moindres inquiétudes concernant la vie sexuelle. Bien sûr il convient que les praticiens délivrent des conseils lorsque les patientes le leur demandent, qu'ils les mettent en garde en cas de pathologie, mais pourquoi ne pas aborder le thème de la sexualité d'une façon plus générale ? Ne serait-il pas envisageable, lors des cours de P.P.O., de parler de sexualité de façon simple et naturelle afin que les femmes sachent qu'elles peuvent en discuter avec les professionnels de santé ?

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

1. BAUDET J.-H.

Obstétrique pratique-2^{ème} édition

Paris : éditions Maloine, 1990, 464p.

2. CLERGET J.

Etre père aujourd'hui

Paris : éditions Chroniques sociale de France, 1979, p43-47

3. COLONNA-CESARI C.

La grossesse du père

Paris : éditions Agora Chiron, 1992, p39-51

4. DEBRAY-RITZEN P.

Le grand livre de la femme enceinte

Genève : éditions Edito-service, 1972, volumes 1 et 2, 279 et 317p.

5. ELIA D., WAYNBERG J.

Guide pratique de la vie du couple-1^{ère} édition

Paris : éditions Filipacchi, 1984, 395p.

6. LANSAC J., BERGER C., MAGNIN G.

Obstétrique pour le praticien-3^{ème} édition

Paris : éditions Masson, 1997, 473p

7. TORDJMAN G., COHEN J., KAHN-NATHAN J., VERDOUX C.

Le livre de bord de la vie sexuelle

Paris : éditions Marabout, 1998, 223p.

8. TOURNAIRE M.

Physiologie de la grossesse-2^{ème} édition

Paris : éditions Masson, 1986, p177-183

9. WAYNBERG J.

Guide pratique de sexologie médicale

Paris : éditions Simep, 1994, 135p.

ARTICLES :

1. BUVAT-HERBAUT M.

Hormones et sexualité de la jeune femme et de la femme âgée.

Contraception, Fertilité, Sexualité, 1999, 27, 1, 17-22

2. LEFRANC M.-H., LEFRANC G., SCHMITT C., MORON P.

A propos de l'information sur la sexualité pendant la grossesse et le post-partum

Société médico-psychologique, 1990, 218-220

3. SCHEBAT C.

L'activité sexuelle au cours de la grossesse

Recherche en sexologie, 1975, 145-167

4. SIBONY O.

Rapports sexuels et grossesse.

Réalités en gynécologie-obstétrique, 1998, 31, 32-33

5. WIRTHNER D.

Grossesse et sexualité

Revue médicale de la Suisse romande, 1993, 113, 797-799

MEMOIRES :

1. LAPIERRE, Bénédicte

La sexualité pendant la grossesse-53p.

Mémoire : école de sage-femme : Nancy : 1991

2. PETITJEAN, Sandrine

Le fruit mûrit, l'amour aussi ?-36p.

Mémoire : école de sage-femme : Nancy : 1994

3. RUOL, Katy-Line

L'amour en attendant-169p.

Mémoire : école de sage-femme : Marseille : 1999

SITES INTERNET :

<http://www.100senssurs.qc.ca>

<http://www.gyneweb.fr>

<http://www.femiweb.com>

<http://www.promedical.net>

<http://www.sexologie.net>

<http://www.urbia.fr>

<http://www.cyberkamasutra.com>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	p 4
SOMMAIRE	p 6
PREFACE	p 8
INTRODUCTION	p 10

PREMIERE PARTIE : CONNAISSANCES THEORIQUES SUR LE SUJET p 12

Chapitre 1 : Les modifications liées à la grossesse p 13

- I. Les modifications physiques et physiologiques p 14
 - 1) Les modifications physiques p 14
 - 2) Les modifications physiologiques de l'organisme p 16
- II. Les modifications psychiques p 19
 - 1) Le début de la grossesse p 19
 - 2) Du troisième au huitième mois p 20
 - 3) La fin de la grossesse p 22
 - 4) Mécanismes de l'évolution psychique de la femme p 23
 - 5) Modifications psychiques de l'homme p 24

Chapitre 2 : Sexualité et grossesse p 25

- I. Généralité sur la sexualité et le rapport sexuel p 26
 - 1) Le désir sexuel p 26
 - 2) Physiologie du rapport sexuel p 26
- II. Conséquences de la grossesse sur la sexualité p 31
 - 1) Evolution du désir sexuel au cours de la grossesse p 31
 - 2) Evolution du rapport sexuel au cours de la grossesse p 33
 - 3) Evolution des positions sexuelles p 34
- III. Conséquences de la sexualité sur la grossesse p 36
 - 1) Grossesses d'évolution physiologique p 36
 - 2) Grossesses pathologiques p 37

DEUXIEME PARTIE : ENQUETE SUR LA SEXUALITE PENDANT LA GROSSESSE	p 40
---	------

<u>Chapitre 1 : L'enquête</u>	p 41
I. Description de l'enquête	p 42
1) Description du questionnaire	p 42
2) But de l'enquête	p 43
3) Méthodologie	p 43
II. Analyse des questionnaires	p 45
1) Description de la population interrogée	p 45
2) Annonce de la grossesse	p 47
3) Comparaison de la sexualité avant et pendant la grossesse	p 47
4) A propos du compagnon	p 56
5) L'information	p 57
6) Remarques, commentaires et suggestions des femmes	p 60

<u>Chapitre 2 : Les conclusions</u>	p 61
-------------------------------------	------

TROISIEME PARTIE : LE ROLE DES PROFESSIONNELS	p 63
---	------

<u>Chapitre 1 : Qui, quand, où ?</u>	p 64
I. Qui ?	p 65
1) Les professionnels ont-ils un rôle à jouer ?	p 65
2) Avec qui parler de sexualité ?	p 66
II. Quand et où ?	p 69
1) Quand ?	p 69
2) Où ?	p 70

<u>Chapitre 2 : Comment parler de sexualité ?</u>	p 71
I. L'information à donner	p 72
1) But de l'information	p 72
2) Comment informer les couples ?	p 72
3) Le contenu de l'information	p 73

II. Une information, oui mais pour qui ?	p 78
1) Répercussions possibles sur les femmes	p 78
2) Répercussions possibles sur les hommes	p 79

CONCLUSION	p 81
BIBLIOGRAPHIE	p 83
TABLE DES MATIERES	p 87
ANNEXES	

ANNEXES

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE SUR LA VIE SEXUELLE PENDANT LA GROSSESSE

Bonjour Madame,

Je m'appelle Justine LORSON, je suis élève sage-femme en 4^e année à l'école de Nancy et je réalise un mémoire de fin d'études sur la sexualité pendant la grossesse.

Dans ce but j'effectue une enquête dans les services de suites de couche. Le questionnaire, ci-joint, concerne l'évolution de la sexualité au fil de la grossesse et l'information que vous avez reçue à ce sujet. Il est totalement anonyme et me sera rendu sous enveloppe.

Je vous remercie, par avance, de bien vouloir prendre le temps de répondre à mes questions.

Questionnaire sur la vie sexuelle pendant la grossesse chez la femme.

GENERALITES :

1) Age :

- 2) Etat civil :
- ☐ célibataire
 - ☐ mariée
 - ☐ concubinage
 - ☐ divorcée
 - ☐ séparée
 - ☐ veuve

- 3) Religion :
- ☐ catholique
 - ☐ protestante
 - ☐ israélite
 - ☐ musulmane
 - ☐ sans
 - ☐ autre, préciser :

- 4) Pratique de la religion :
- ☐ régulière
 - ☐ irrégulière
 - ☐ ne pratique pas

- 5) Niveau socio-professionnel :
- Quelle est votre profession ?
- Quel est votre plus haut niveau scolaire atteint ?
- ☐ école primaire
 - ☐ école secondaire
 - ☐ école professionnelle
 - ☐ université
 - ☐ autre, préciser :

- 6) Pour vous, la sexualité est :
- ☐ un sujet tabou
 - ☐ est un thème qui n'est pas tabou mais qui vous met un peu mal à l'aise
 - ☐ est un thème dont vous vous sentez libre de parler
 - ☐ autre réponse, préciser :

- 7) Souffrez vous de problèmes médicaux, chirurgicaux ou psychologiques ?
- ☐ non
 - ☐ oui Si oui, lesquels ?

8) Avez-vous déjà été enceinte avant cette grossesse ?

☐ non

☐ oui Si oui, en quelle(s) année(s) ?

Y a t'il eu des problèmes pendant cette ou ces grossesses, si oui lesquels ?

Après combien de temps avez-vous repris une activité sexuelle ?

9) * Avez-vous éprouvé des difficultés médicales pour obtenir cette grossesse ?

☐ non

☐ oui Si oui, lesquelles ☐ difficultés d'ovulation
☐ problèmes utérins ou tubaires
☐ autre, préciser :

10) * Avez-vous éprouvé des difficultés psychologiques pour obtenir cette grossesse ?

☐ non

☐ oui Si oui, lesquelles ☐ difficulté à assumer un enfant à venir
☐ difficultés de couple , préciser :

☐ difficultés familiales, préciser :

☐ difficultés professionnelles, préciser :

☐ autre, préciser :

11) Votre grossesse était-elle :

☐ volontaire

☐ désirée

☐ accidentelle

AVANT LA GROSSESSE :

12) Depuis combien de temps avez vous une relation sentimentale et sexuelle avec votre compagnon ?

13) Quelle était la fréquence moyenne de vos rapports sexuels par mois, avant la grossesse ?

☐ 0 à 1 fois par mois

☐ 2 à 4 fois par mois

☐ 5 à 8 fois par mois

☐ 9 à 12 fois par mois

☐ plus de 12 fois par mois

14) Quelles positions sexuelles utilisiez-vous le plus fréquemment avant la grossesse ?

- ☐ missionnaire (vous sur le dos et votre compagnon sur vous)
- ☐ andromaque (votre compagnon sur le dos et vous sur lui)
- ☐ position vaginale postérieure
- ☐ position latérale
- ☐ autre position, préciser :

15) Comment qualifieriez-vous votre sexualité pendant l'année qui a précédé la grossesse ?

- ☐ très satisfaisante
- ☐ satisfaisante
- ☐ assez satisfaisante
- ☐ peu satisfaisante
- ☐ non satisfaisante

16) Cotez de 1 à 4 les items suivants (dans le tableau) concernant l'année précédant cette grossesse.

1 = peu présent

2 = moyennement présent

3 = présent

4 = très présent

	1	2	3	4
Présence de désir sexuel				
Présence de plaisir sexuel				
Présence d'orgasmes (plaisir intense lors du rapport)				

17) Vous êtes-vous plainte de problèmes sexuels avant cette grossesse ?

- ☐ non
- ☐ oui Si oui, lesquels
 - ☐ manque de désir sexuel
 - ☐ manque de plaisir sexuel
 - ☐ douleurs lors des rapports
 - ☐ manque de lubrification vaginale
 - ☐ vaginisme (contraction des muscles entourant le vagin rendant la pénétration difficile)
 - ☐ autre, préciser :

18) Comment qualifieriez-vous l'entente de votre couple et l'entente sexuelle avec votre compagnon pendant l'année ayant précédé votre grossesse ?

entente du couple

- ☐ très satisfaisante
- ☐ satisfaisante
- ☐ assez satisfaisante
- ☐ peu satisfaisante
- ☐ non satisfaisante

entente sexuelle

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Si non satisfaisante, merci de préciser pourquoi :

19) Votre compagnon était-il plus demandeur que vous à avoir des relations sexuelles avant la grossesse ?

- ☐ non
☐ oui

L'ANNONCE DE LA GROSSESSE :

20) Avez-vous ressenti une baisse du désir sexuel avant même d'apprendre que vous étiez enceinte ?

- ☐ non
☐ oui

21) Le fait d'apprendre votre grossesse a-t-il entraîné une baisse immédiate du désir

- ☐ non
☐ oui Si oui, pour vous, quelle en est la cause ?

PENDANT LA GROSSESSE :

22) A quel terme avez-vous accouché ?

23) * Avez-vous éprouvé des difficultés physiologiques (nausées, infections urinaires ou vaginales, douleurs lombaires...) au cours de cette grossesse ?

- 1^{er} trimestre ☐ non
☐ oui Si oui, lesquelles :
2^e trimestre ☐ non
☐ oui Si oui, lesquelles :
3^e trimestre ☐ non
☐ oui Si oui, lesquelles :

24) * Avez-vous éprouvé des difficultés psychologiques (angoisse, dépression, hallucinations...) au cours de cette grossesse ?

- 1^{er} trimestre ☐ non
☐ oui Si oui, lesquelles :
2^e trimestre ☐ non
☐ oui Si oui, lesquelles :
3^e trimestre ☐ non
☐ oui Si oui, lesquelles :

25) Avez-vous présenté des saignements, des contractions, des infections vaginales ou d'autres complications pendant cette grossesse ?

- ☐ non
☐ oui Si oui, préciser quelle complication et à quel terme de grossesse :

26) Au cours de la grossesse, avez-vous observé une variation de la lubrification vaginale et de la contraction vaginale ? (merci de remplir le tableau suivant)

↗ : augmentée

↘ : diminuée

= : inchangée

	Lubrification vaginale			Contraction vaginale		
	↗	↘	=	↗	↘	=
1 ^{er} trimestre						
2 ^e trimestre						
3 ^e trimestre						

27) Avez-vous noté une modification du désir sexuel, du plaisir sexuel ou des douleurs sexuelles au cours de la grossesse ? (merci de remplir le tableau suivant)

	Désir sexuel			Plaisir sexuel			Douleurs sexuelles		
	↗	↘	=	↗	↘	=	↗	↘	=
1 ^{er} trimestre									
2 ^e trimestre									
3 ^e trimestre									

28) Cotez de 1 à 4 les items suivants, pour la période de la grossesse.

1 = peu présent

2 = moyennement présent

3 = présent

4 = très présent

	1	2	3	4
Présence de désir sexuel				
Présence de plaisir sexuel				
Présence d'orgasmes (plaisir intense lors du rapport)				



29) Votre désir sexuel a-t-il diminué au cours de la grossesse ?

- ☐ non
☐ oui Si oui cocher les causes éventuelles, par trimestre, ci-dessous.

CAUSES	TRIMESTRES		
	1er	2e	3e
Perte de l'envie sexuelle			
Modifications physiques			
Fatigue			
Nausées			
Douleurs sexuelles			
Prise de conscience de la présence d'un être dans votre ventre			
Peur de faire mal au bébé			
Problèmes de couple survenus pendant la grossesse			
Refus du partenaire d'avoir des rapports sexuels			
Autre cause, préciser :			

30) Votre désir sexuel a-t-il augmenté pendant la grossesse ?

- ☐ non
☐ oui Si oui, quand ? ☐ au 1^{er} trimestre
☐ au 2^e trimestre
☐ au 3^e trimestre

Si oui, pourquoi selon vous ?

- ☐ sensation de bien-être
☐ augmentation des pulsions sexuelles
☐ absence du souci contraceptif
☐ autre, préciser :
☐ aucune cause précise

31) Au cours de cette grossesse, votre plaisir et votre orgasme sexuel ont-ils variés ?

	1 ^{er} trimestre			2 ^e trimestre			3 ^e trimestre		
	↗	↘	=	↗	↘	=	↗	↘	=
Plaisir sexuel									
Orgasme sexuel									

32) Quelle était la fréquence moyenne de vos rapports sexuels durant la grossesse ?

	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre
0 à 1 fois par mois	☐	☐	☐
2 à 4 fois par mois	☐	☐	☐
5 à 8 fois par mois	☐	☐	☐
9 à 12 fois par mois	☐	☐	☐
plus de 12 fois par mois	☐	☐	☐

33) La pratique sexuelle s'est-elle modifiée au cours de la grossesse ?

- ☐ non
- ☐ oui , pourquoi selon vous ?

Si oui, comment s'est-elle modifiée ?

- ☐ adoption de nouvelles positions : ☐pénétration vaginale postérieure
☐pénétration vaginale latérale
☐autre, préciser :
- ☐ diminution de la pratique de la pénétration et augmentation des caresses intimes. ☐caresses manuelles
☐pratique oro-génitale envers le partenaire
☐ pratique oro-génitale envers vous
☐gestes de tendresse sans caresses sexuelles
☐autre, préciser :

34) * Au cours de la grossesse, avez-vous fait des rêves érotiques :

- ☐ moins souvent qu'avant la grossesse.
- ☐ plus souvent qu'avant la grossesse.
- ☐ aussi souvent qu'avant la grossesse.

35) Vous êtes-vous plainte de problèmes sexuels pendant la grossesse ?

- ☐ non
- ☐ oui Si oui, lesquels ☐ manque de désir sexuel
☐ manque de plaisir sexuel
☐ douleurs lors des rapports
☐ manque de lubrification vaginale
☐ excès de lubrification vaginale
☐ vaginisme (contraction des muscles entourant le vagin rendant la pénétration difficile)
☐ demande excessive de rapports sexuels de la part de votre compagnon
☐ autre, préciser :

36) Comment qualifieriez-vous l'entente de votre couple et l'entente sexuelle avec votre compagnon pendant votre grossesse ?

entente du couple

- ☐ très satisfaisante
- ☐ satisfaisante
- ☐ assez satisfaisante
- ☐ peu satisfaisante
- ☐ non satisfaisante

entente sexuelle

- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Si non satisfaisante, merci de préciser pourquoi :

37) Les relations de couple se sont-elles modifiées pendant la grossesse ?

- ☐ non
- ☐ oui Si oui, comment ☐vous vous êtes rapprochés
- ☐vous vous êtes éloignés
- ☐autre, préciser :

A PROPOS DE VOTRE COMPAGNON :

38) Votre compagnon était-il plus demandeur que vous à avoir des relations sexuelles pendant la grossesse ?

- ☐ non
- ☐ oui

39) Votre compagnon a-t-il changé son comportement sexuel pendant la grossesse ?

- ☐ non
- ☐ oui Si oui, comment ?

- pourquoi ☐peur de faire mal au bébé
- ☐moins de désir à cause de vos modifications physiques
- ☐moins de désir à cause de difficultés relationnelles dans le couple
- ☐autre cause, préciser :

40) * Votre compagnon a-t-il présenté des modifications physiques (prise de poids, problèmes médicaux...) durant la grossesse ?

- ☐ non
- ☐ oui Si oui, lesquelles :

41) * Votre compagnon a-t-il présenté des modifications psychologiques (angoisse, dépression, hallucinations...) durant la grossesse ?

- ☐ non
- ☐ oui Si oui, lesquelles :

42) Votre compagnon a-t-il manifesté, à un moment donné de la grossesse, un sentiment de jalousie vis-à-vis de l'enfant à venir ?

- ☐ non
- ☐ oui Si oui, quand ?

L'INFORMATION :

43) Avez-vous ressenti le besoin de parler du bouleversement sexuel entraîné par la grossesse ?

- ☐ non
- ☐ oui Si oui, à qui auriez-vous parler de votre sexualité ?
 - ☐ à un gynécologue-obstétricien
 - ☐ à une sage-femme
 - ☐ à votre médecin traitant
 - ☐ à un psychologue
 - ☐ autre réponse, préciser :

44) Selon vous, est-il important d'en parler ?

- ☐ non
- ☐ oui Si oui, pourquoi ?
 - ☐ pour vous rassurer vis-à-vis des comportements sexuels
 - ☐ pour vous rassurer vis-à-vis des risques pour le bébé
 - ☐ pour recevoir des conseils et des informations
 - ☐ autre raison, préciser :

45) Votre gynécologue ou votre sage-femme vous a-t-il (elle) parler de lui (elle)-même des rapports sexuels pendant la grossesse ?

- ☐ non
- ☐ oui

46) Vous a-t-il (elle) donné des conseils ?

- ☐ non
- ☐ oui Si oui, lesquels ?
 - ☐ diminuer la fréquence des rapports pendant toute la grossesse
 - ☐ diminuer la fréquence des rapports pendant les 6 dernières semaines
 - ☐ ne pas modifier la fréquence des rapports
 - ☐ changer les positions sexuelles
 - ☐ autre conseil, préciser :

47) Vous pensez :

- ☐ que les professionnels doivent se contenter de répondre aux questions que les couples leur posent sur ce sujet.
- ☐ que les professionnels doivent aborder d'eux-mêmes le sujet.

48) Avez-vous demandé une information concernant la vie sexuelle pendant la grossesse ?

- ☐ non Si non, pourquoi ?
 - ☐ pas nécessaire
 - ☐ vous n'avez pas osé
 - ☐ autre raison, préciser :
- ☐ oui Si oui, pourquoi ?

49) Avez-vous reçu des informations sur ce thème ?

- ☐ non Si non, sous quelle forme auriez-vous souhaité en recevoir ?
 - ☐ dialogue avec le professionnel qui vous suivait
 - ☐ rencontre avec d'autres femmes enceintes
 - ☐ brochure d'information
 - ☐ réunion d'information avec des professionnels
 - ☐ autre forme, préciser :
- ☐ oui Si oui, en êtes-vous satisfaite ?

50) Sur quel(s) thème(s) précis pensez-vous que l'information doit se faire ?

- ☐ les conséquences de la grossesse sur la sexualité
- ☐ les possibilités sexuelles pendant la grossesse
- ☐ les dangers et les contre-indications de l'acte sexuel
- ☐ autre réponse, préciser :

Remarques, commentaires, suggestions libres... :

Je vous remercie sincèrement de votre disponibilité et d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

ANNEXE 2

EVOLUTION DE LA FREQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS

LEGENDE :

-  augmentation de la fréquence
-  diminution de la fréquence
-  fréquence inchangée

VARATION ENTRE			POURCENTAGES RESENCES
avant et 1er tri	1er et 2e tri	2e et 3e tri	
			0
			2
			0
			0
			2
			1
			0
			2
			0
			0
			3
			3
			0
			3
			6
			0
			7
			20
			0
			2
			0
			0
			7
			8
			0
			22
			12

ANNEXE 3

EVOLUTIONS DU DESIR SEXUEL AU COURS DE LA GROSSESSE

LEGENDE :  augmentation du désir
 diminution du désir
 désir inchangé

TRIMESTRES			POURCENTAGES RESENCES
1 ER	2 EME	3 EME	
			5
			4
			4
			0
			5
			0
			1
			2
			2
			2
			3
			0
			1
			19
			1
			0
			2
			1
			7
			3
			3
			2
			4
			3
			3
			6
			15

ANNEXE 4

Diplôme Inter Universitaire de Sexologie

Conditions d'admission :

- Etre titulaire d'un diplôme de Docteur en médecine
- Etre titulaire d'un diplôme étranger autorisant l'exercice de la médecine dans le pays d'obtention d'origine
- Etre en 2^{ème} année de DES ou DIS ou de résidanat en médecine générale

L'admission en première année se fait sur dossier et CV, adressés aux responsables, directeurs ou secrétariat de chaque enseignement.

Les facultés proposant le D.I.U.S sont : Paris XIII, Bordeaux, Marseille, Lyon, Montpellier, Nantes-Rennes, Toulouse.

Programme enseigné :

1^{ère} année :

- Bases sexologiques : biosexologie, développement de la sexualité et Identité sexuelle, sexualité et cycles de vie
- Fondement de la sexualité humaine
- La consultation en sexologie et l'établissement d'un diagnostic
- Exploration paraclinique de la pathologie sexuelle
- Aspects organiques de la pathologie sexuelle
- Addictions et sexualité

2^{ème} année :

- Dysfonctions sexuelles masculines
- Dysfonctions sexuelles féminines
- Dysfonctions sexuelles du couple
- Psychopathologie et sexualité
- Transsexualisme
- MST- SIDA et sexualité
- Handicap et sexualité
- Les traitements
- La prévention

3^{ème} année :

- Enseignement dirigé
- Applications théoriques
- Travail de recherche en vue du mémoire

Attestation d'Etudes en Sexologie :

Conditions d'admission :

Elle s'adresse à toute personne en situation d'aide thérapeutique, de conseil ou d'éducation, disposant d'une formation initiale (ex : psychologues, sages-femmes, assistantes sociales, éducateurs...), à titre individuel ou avec prise en charge de l'employeur au titre de la formation continue.

Objectifs de la formation :

Proposer des outils d'analyse, de réflexion et d'action concernant l'Education à la sexualité humaine, dans ses dimensions biologiques, psychologiques et sociologiques.
Il s'agit de développer un savoir, un savoir-faire, un savoir-être.

Contenu :

- Définition de la sexologie et de la sexualité humaine
- Objectifs de l'éducation sexuelle sur les plans personnel, relationnel et social
- Le développement sexuel
- L'engagement personnel dans l'éducation sexuelle
- Comportements et attitudes sexuels
- Rôle de l'éducateur
- Elaboration d'un programme d'éducation sexuelle général et spécifique

La sexualité d'un couple est en permanente évolution et certaines périodes de la vie telle que la grossesse nécessitent une évidente adaptation. En effet, la gestation et le bouleversement hormonal qui l'accompagne occasionnent de nombreuses modifications physiques et psychologiques. Quelles en sont les conséquences sur le plan sexuel ? Les couples ont-ils besoin des professionnels de santé pour se préparer aux changements voire aux difficultés rencontrées ?

D'après une enquête réalisée auprès des gestantes, la sexualité est bouleversée pendant la grossesse avec souvent une chute du désir et de la satisfaction. Il arrive également que des problèmes sexuels apparaissent durant cette période.

Les couples ne désirent apparemment pas recevoir des renseignements systématiques. Même si le sujet reste intime et délicat, le praticien a un rôle à jouer : il doit se montrer ouvert au dialogue et adapter l'information au besoin de chaque couple.