



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>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Pierre Morlanne à Metz

***GROSSESSE ET SEXUALITE
CONJUGALE***



L'accouplement Paul GAUGUIN (1848-1903)

Mémoire présenté et soutenu par

FREY Charlotte

Promotion 2006-2010

SOMMAIRE

Sommaire	2
Remerciements	4
Introduction	5
 Partie 1	 6
1. Survol historique et sociologique	7
1.1. A l'époque classique	7
1.1.1. La Grèce Antique	7
1.1.2. La Rome Antique	8
1.2. L'invention de la « maternité heureuse »	9
1.2.1. La science au service du progrès humain ?	9
1.2.2. Sexualité et maternité, une question éthique	10
2. Sexualité et grossesse	11
2.1. Des modifications psycho-physiologiques pendant la grossesse	11
2.2. Evolution du rapport sexuel pendant la grossesse	13
2.2.1. Le rapport sexuel	13
2.2.2. Représentation schématique de la sexualité féminine	13
2.3. La place du père	15
3. Informations pratiques pour les couples	17
3.1. Le rôle de la sage-femme, aspect législatif	17
3.2. Les grossesses physiologiques	17
3.3. La grossesse, une contre-indication au coït ?	19
 Partie 2	 22
1. Cadre conceptuel de l'étude	23
1.1. Problématique	23
1.2. Objectifs	23
1.3. Hypothèses	24
1.4. Méthodologie	24
1.4.1. Questionnaires destinés aux sages-femmes	24
1.4.2. Entretiens semi-directifs destinés aux femmes	25
2. Résultats des études	27
2.1. Etude auprès des sages-femmes	27
2.2. Etude auprès des femmes	33

Partie 3	40
1. Limites et contraintes.....	41
2. Analyse et propositions	42
2.1. Une information, pourquoi ? Laquelle ?	42
2.1.1. Pourquoi ?	42
2.1.2. Laquelle ?	42
2.2. Une information, pour qui ?	45
2.2.1. Toutes les femmes enceintes	45
2.2.2. Leur conjoint	45
2.3. Une information, par qui ?	46
2.3.1. La sage-femme	46
2.3.2. Quelle sage-femme ?	47
2.3.3. Leur formation	47
2.3.4. Les sages-femmes qui n'abordent pas la sexualité	48
2.4. Une information, quand ?	48
2.4.1. Les séances de préparation à la naissance	49
2.4.2. L'entretien prénatal précoce du 4 ^{ème} mois	50
2.4.3. A n'importe quel moment de la grossesse	50
2.5. Une information, comment ?	51
2.5.1. Systématiquement	51
2.5.2. Avec une brochure	52
Conclusion.....	54
Bibliographie	55
Annexes	I

REMERCIEMENTS

En préambule de ce mémoire, je souhaitais adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je tiens à remercier sincèrement Monsieur Le Docteur WAYNBERG, qui, en tant que Directeur de mémoire, s'est toujours montré à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce mémoire, autant pour l'inspiration, que pour l'aide et le temps qu'il a bien voulu me consacrer et sans qui ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

J'exprime ma gratitude à toutes les sages-femmes et patientes qui ont accepté de répondre à mes questions avec gentillesse.

Je n'oublie pas mes parents pour leur contribution et leur soutien. Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis, qui m'ont toujours soutenue et encouragée au cours de la réalisation de ce mémoire.

INTRODUCTION

L'étude des interactions entre grossesse et vie intime de la femme et du couple est peu documentée dans la littérature médicale. Sans les considérer comme un sujet tabou, la culture occidentale a toujours dissocié la maman de la femme, les futurs parents du couple. Or, il est notoire que le déroulement normal de la grossesse et la préparation sécurisante de l'accouchement ne peuvent être détachés de l'accompagnement de la santé morale de la mère : une qualité de vie affective et sexuelle est une des conditions essentielles d'une maternité heureuse, promesse d'équilibre et de croissance bénéfique pour l'enfant à naître.

Le manque d'évaluations qualitatives et quantitatives de ces paramètres non obstétricaux du suivi de grossesse m'ont incitée à engager une enquête auprès d'un certain nombre de femmes et de couples rencontrés à l'occasion de mes stages et de la compléter par un sondage d'opinion auprès de professionnelles en exercice dans notre département. Le champ de la recherche couvre les trois configurations principales de ce chapitre de santé publique : les interférences objectives entre grossesse et qualité de vie sexuelle ; le vécu subjectif des futurs parents confrontés aux bouleversements de leurs repères comportementaux et enfin, les implications pédagogiques qu'implique la prise en compte de cet accompagnement « pédagogique » des femmes enceintes.

L'analyse détaillée des résultats des enquêtes doit développer trois aspects majeurs de la question : définir la place réelle qu'occupe pour les futurs parents au quotidien leur dialogue sexuel érogène ; apprécier l'intérêt et l'utilité à leurs yeux d'une démarche d'information et de soutien dévolue à leur sage-femme durant toute la période de la gestation ; établir l'état des lieux de la formation continue des sages-femmes conscientes de l'extension indubitable de leur domaine de compétences au sein d'une société en constante évolution.

Partie 1

Approche théorique

1. SURVOL HISTORIQUE ET SOCIOLOGIQUE

Le « mystère de la naissance » a déchaîné l'imagination depuis la nuit des temps. Cette volonté de comprendre comment l'humanité se perpétue est au sommet de tous les mythes et présente dans toutes les religions. Mais c'est l'invention de l'écriture il y a plus de 5000 ans qui a dopé les récits légendaires et raconté comment la maternité marque à la fois le triomphe de la sexualité et sa mise en péril. En voici quelques clichés en guise de préface à mon propos.

1.1. A l'époque classique

1.1.1. La Grèce Antique

La mythologie grecque héritière de traditions du Moyen-Orient développe d'innombrables récits pour décrire la généalogie de ses divinités. Notons qu'Héra, la femme de Zeus, déesse de l'accouchement, symbolise la sage-femme et ses œuvres. Enceintes, les déesses gardent le secret de leur vie sexuelle... Plus concret mais tout aussi romanesque, faute de preuves, Aristote (384-322 av. J.-C.) pense que le souffle vital est porté par le sperme, la femme n'étant qu'un réceptacle du fœtus. Le discours sur la sexualité de la femme enceinte est plus présent que chez Hippocrate : « les femmes qui ont des rapports sont délivrées plus vite ». En effet, à l'approche du terme de la grossesse, les rapports sexuels sont conseillés pour préparer l'enfant à la violence de l'accouchement pour « faire le passage ». La voie serait lubrifiée par le sperme dilué de l'homme (en fait il assimile le *vernix caseosa* au sperme).

Son aîné Hippocrate (460-356 av. J.-C.) est plus « paritaire » : l'embryon, écrit-il, naît du mélange des semences mâles et femelles. Bien que ces dernières restent tout à fait hypothétiques jusqu'au XIX^{ème} siècle, tout comme les raisons qui déterminent le sexe des bébés. On retrouve chez lui le risque de superfétation (l'implantation d'un 2^{ème} embryon dans un utérus qui en contient déjà un) car le col était toujours un peu ouvert, un risque plus élevé de rupture prématurée des membranes (RPM) : « une femme enceinte, si elle n'utilise pas du coït, accouchera plus facilement » affirme-t-il.

Finalement, la sexualité est principalement abordée par les savants et les clercs sous l'angle de sa fonction de procréation. L'érotisme de la femme enceinte et du couple est peu traité, autant par méconnaissance que par pudibonderie. On peut lire que la santé générale des femmes ayant des rapports sexuels est meilleure, cependant, si les rapports sexuels sont trop fréquents, cela peut entraîner une béance du col et un avortement spontané. Les rapports sexuels peuvent donc représenter un danger physique et une faute morale du point de vue des croyances et des préjugés. Soranos d'Ephèse dans son *Traité des maladies des femmes* (II^e siècle apr. J.-C.) est formel : dans le 1^{er} stade de la grossesse, il faut éviter les rapports sexuels car ils créent un ébranlement du corps et surtout de l'utérus, pouvant entraîner un risque de fausse couche. De plus, certaines femmes ayant eu des rapports sexuels en fin de grossesse sont ramollies par le plaisir et ne feront donc aucun effort de poussées [1].

1.1.2. La Rome Antique

Héritée des cultes primitifs des Etrusques, Lucine est la divinité latine de la naissance. Elle est couplée à la déesse Junon, protectrice et emblème d'un heureux accouchement, une représentation qui fait de ce duo sacré l'ancêtre mythique des sages-femmes. Associée à Jupiter et Minerve dans un trio prestigieux, Junon chaperonne la femme enceinte du point de vue de son potentiel maternel, symbole de sa « force vitale » mais comme dans la mythologie grecque on ne vénère pas à Rome sa sexualité du point de vue érotique. Vénus, réplique d'Aphrodite déesse grecque de l'amour, est honorée au I^{er} siècle par plusieurs empereurs dont César et Auguste qui vont utiliser à des fins politiques, une tradition qui fait d'elle « la mère du peuple romain ». Thème favori de l'art antique, icône de la féminité, elle n'est pourtant jamais représentée enceinte.

Les romains ont largement puisé leur savoir dans la société étrusque qu'ils ont vaincue et dans l'héritage savant transmis par les médecins grecs (à l'exemple de Soranos qui s'installe à Rome en 97), lui-même emprunt de superstitions d'inspiration égyptienne. Autrement dit, une *culture méditerranéenne* des pratiques médico-obstétricales se construit au fil des siècles, renforcée ultérieurement par la créativité de la médecine arabe. De même par ce jeu de métissage culturel s'édifie une « condition féminine » commune qui va être marquée par trois traits caractéristiques : la misogynie, que l'on doit à l'extrême brutalité du machisme romain, la fécondité de rigueur, héritée des

mythes mésopotamiens et égyptiens, la discipline sexuelle vouant les femmes à une frigidité austère et indiscutable [1].

1.2. L'invention de la « maternité heureuse »

Cette trilogie va servir de fondation idéologique aux religions modernes, ou plus précisément, à assigner dans les trois monothéismes une place sous contrôle de la sexualité féminine. Sans développer ici en détail comment se déclinent les rapports de force entre la foi et l'érotisme, il est intéressant de noter pour une meilleure compréhension des difficultés rencontrées dans la conduite de ce travail, comment la notion-clé de « tabou » supervise toujours au-delà des siècles le vécu intime des femmes enceintes.

1.2.1. La science au service du progrès humain ?

La représentation sacro-sainte de la maternité et de la naissance, équipée durant des millénaires d'un attirail « incroyable » de superstitions et de pratiques magiques, a progressivement capitulé dès les découvertes décisives des anatomistes du XVIIIème siècle. La « biologie de la reproduction » a vu le jour, bardée de connaissances de plus en plus avisées sur la physiologie de la fertilité et de l'accouchement. La question sexuelle a-t-elle été pour autant dégagée de l'autorité des pré requis religieux ? Nullement. Le savoir médical est mis en demeure de parfaire la sécurité du déroulement de la grossesse et d'assurer la qualité et l'innocuité de l'accouchement, en aucun cas d'épanouir la vie érotique des futurs parents.

Il faut attendre l'émergence de la sexologie à l'aube du XXème siècle pour que l'analyse des rapports sexuels durant la grossesse devienne un sujet d'étude scientifique. L'un de ses pionniers, le gynécologue américain William Masters l'inaugure dans les années 1960, faisant des émules en Europe, tel le psychiatre Willy Pasini. Un profil psychosomatique commun se dégage au fil des observations, mettant la *libido* et les rites sexuels sous l'influence des pratiques religieuses, des préjugés du partenaire, des

variables socioculturelles et intellectuelles de chacun, de l'état d'épanouissement du couple antérieur à la grossesse, de l'aptitude à adopter des activités érogènes de substitution, et naturellement, de la parité, de l'état physique et mental durant la grossesse, mais aussi de l'attitude des professionnels de santé mis au chevet de la grossesse. Je me propose d'analyser ici certaines de ces corrélations [2 ; 3].

1.2.2. Sexualité et maternité, une question éthique

Finalement, il ressort du survol des « attendus » de notre civilisation que les choses n'ont pas beaucoup évolué en terme d'accès au libre arbitre en matière de vie privée lorsque la maternité vient surplomber le destin du couple. La mise sous tutelle de l'érotisme est passée par trois étapes successives, qui d'une certaine façon se sont « coagulées » pour former un ensemble résistant et durable : l'étape des interdits superstitieux, suivie par les prescriptions du pouvoir médical et enfin, les sentences des spéculations d'ordre éthique.

Comme l'écrit Jean Rostand : « la vérité biologique a déjà servi la cause du sexe féminin ; elle doit la servir encore ». Or, plus l'humanité se rend capable de régir les lois de la Vie et de la Mort, plus elle bute sur des obstacles de nature « politique », c'est-à-dire qu'elle soulève autant d'interrogations morales qu'elle croit résoudre des questions purement physiologiques. L'éthique est donc la rançon d'une volonté de savoir incorrigible de l'espèce humaine, au risque d'en sacrifier son Humanité : eugénisme, procréations pour autrui ou médicalement assistées, manipulations génétiques... soulèvent en effet les questions fondamentales de la parentalité et de la filiation auxquelles aucune société n'a jamais pu se soustraire pour survivre à l'érosion des siècles [4].

2. SEXUALITE ET GROSSESSE

2.1. Des modifications psycho-physiologiques pendant la grossesse

Du point de vue du vécu, la femme enceinte observe les modifications de son corps qui se transforme au fil des mois ; elle doit donc s'adapter à celui-ci. Le corps évolue, et cela influence sur le désir. Il est important de préciser que de nombreux facteurs influenceront la vie sexuelle de la femme enceinte :

- l'âge et la parité ;
- le milieu social d'origine : l'ethnie, la nationalité et la religion ;
- l'activité professionnelle.

Cependant l'influence de la sexualité du couple avant la grossesse est primordiale. « Une étude élaborée sur 1051 couples a montré que plus la fréquence des rapports sexuels en dehors de tout état de grossesse était élevée, moins le couple a spontanément tendance à se restreindre et à freiner sa consommation sexuelle pendant la grossesse » [5].

Lors du 1^{er} trimestre de la grossesse, la femme enceinte vit de profonds changements et bouleversements aussi bien physiques que psychologiques. Les petits maux du début de grossesse (nausées, vomissements, fatigue, insomnies, tension mammaire) peuvent entraîner des baisses de désir. De plus, la femme enceinte a souvent l'esprit occupé car elle commence à investir sa grossesse et son bébé. Elle pense à l'organisation de la nouvelle famille, parfois il y a des soucis plus matériels à prendre en compte comme des problèmes d'ordre financier ou professionnel. On note surtout le stress lié au travail et aux transports, *a fortiori* dans les grandes agglomérations. Elle porte donc moins d'intérêt à la vie sexuelle.

La sexualité sera différente selon que la grossesse était désirée ou non, qu'elle ait été issue de l'Assistance Médicale à la Procréation, ou encore qu'il y ait des antécédents de fausses couches (dans ce cas, elle peut avoir peur d'avoir des rapports sexuels en début de grossesse). Il est donc important qu'elles puissent rapidement bénéficier d'un temps

de parole et d'une information adéquate. Les rapports sexuels ne sont pas contre-indiqués en début de grossesse. « L'arrêt de toute activité sexuelle à également des conséquences néfastes ». Les femmes enceintes préfèrent souvent la tendresse et les câlins à l'acte sexuel. Il est conseillé au conjoint de se montrer tendre et rassurant [6].

Au 2^{ème} trimestre, les nausées et les vomissements ont généralement disparu, le désir, l'imagination et les rêves érotiques peuvent devenir plus motivants. La lubrification vaginale est plus importante. Le climat général peut être plus apaisé, la femme enceinte a moins de craintes sur l'avenir de sa grossesse (le risque de fausse couche est en général écarté au 2^{ème} trimestre, et l'accouchement, qui est souvent source d'angoisses et d'inquiétudes, est encore loin dans leur esprit). La future mère s'affirme en tant que femme et l'intensification de sa sexualité à cette période la rassure sur son statut et sur son pouvoir de séduction [6].

Le 3^{ème} trimestre, à l'inverse, peut s'accompagner d'un véritable inconfort physique. On observe souvent une diminution du désir et de la fréquence des rapports sexuels en raison d'une certaine irritabilité, de douleurs lombaires, d'une fatigue importante et de reflux gastro-œsophagiens. L'accouchement approche ainsi que toutes les craintes qui l'entourent [6].

A l'opposé, Claude Schebbat dit qu' « il y a une légère diminution de la fréquence des orgasmes jusqu'au 6^{ème} mois... une femme sur deux ne ressent plus les mêmes sensations orgasmiques ». Après l'orgasme les femmes peuvent se plaindre de contractions utérines et de céphalées. Les écrits nous montrent donc que le sujet de la sexualité pendant la grossesse est controversé. Les contractions utérines après un rapport sexuel sont cependant sans gravité pour une grossesse eutocique [7].

Du point de vue biologique, *grosso modo*, on note un antagonisme entre l'augmentation du taux d'œstrogènes et du taux de progestérone. Le taux des œstrogènes augmente de façon progressive tout au long de la grossesse. La progestérone, importante pendant toute la grossesse, augmente surtout entre la 12^{ème} et la 36^{ème} semaine d'aménorrhée. Les premiers favorisent le désir et la seconde le freinent [8].

2.2. Evolution du rapport sexuel pendant la grossesse

2.2.1. Le rapport sexuel

Qu'entend-on par rapport sexuel ?

Pour la plupart des gens, un rapport sexuel se limite au coït, à la pénétration vaginale : *a priori* discutable. Dans ces conditions, la problématique soulevée par le thème de grossesse et sexualité est une évidence puisque la sexualité se réduirait à un coït dont les couples peuvent supposer un effet néfaste pour la grossesse. A l'inverse, si l'on entend par rapport sexuel, tout comportement amoureux échangé dans un couple et destiné à aboutir à un échange d'orgasmes, la confrontation entre grossesse et sexualité perd énormément de son actualité et de son éventuelle dimension iatrogène.

Un rapport sexuel est donc une communication, un langage non verbal, mais qui a les mêmes qualités et les mêmes objectifs qu'un dialogue. C'est un dialogue charnel qui a la vocation d'aboutir à l'orgasme par quelque moyen que ce soit.

2.2.2. Représentation schématique de la sexualité féminine

Ikône de la grande tradition sexologique des années 1970, le « rapport sexuel » a été schématisé par les travaux du gynécologue William Masters et de la psychologue Virginia Johnson qui ont défini 4 phases de la réponse sexuelle humaine (dans un ouvrage célèbre intitulé *Les réactions sexuelles*) : l'excitation, le plateau, l'orgasme et la résolution [9].

- **L'excitation**

En dehors de la grossesse, il y a une turgescence des mamelons. Au niveau de la vulve, il y a un amincissement et un aplatissement des grandes lèvres contre le périnée, dans un mouvement ascendant. Au niveau vaginal, il y a un début de lubrification et de l'expansion réflexe du cul-de-sac postérieur, accrue par un mouvement ascensionnel de l'utérus. Le clitoris est turgescent et décalotté.

Pendant la grossesse, on note une vasocongestion physiologique des seins. L'excitation accentue cette vasocongestion provoquant une tension extrême chez la femme enceinte,

qui peut se révéler insupportable, surtout pendant le 1^{er} trimestre. Au niveau vulvaire, les grandes lèvres sont congestives, oedématisées et ne s'effacent plus après le 2^{ème} trimestre. Comme le taux d'œstrogène est nettement augmenté pendant la grossesse, il y a une lubrification vaginale beaucoup plus importante qu'en dehors de celle-ci. Le clitoris est autant turgescent mais il devient hyperesthésique [10].

- **Le plateau**

En dehors de la grossesse, l'engorgement veineux du tiers inférieur du vagin et des petites lèvres constitue la « plate-forme orgasmique ». Pendant la grossesse, cet engorgement réduit toujours en apparence la filière vaginale, l'orifice vaginal paraît complètement obstrué [10].

- **L'orgasme**

L'orgasme féminin est dû à une stimulation du vagin, ou du clitoris, ou des deux à la fois. « L'orgasme s'accompagne d'un plaisir particulièrement fort avec un paroxysme, un summum, se traduisant par l'apparition de réactions physiques telle que des contractions musculaires » [11].

Pendant la grossesse, les manifestations génitales sont identiques ; cependant des crampes douloureuses localisées à la ligne médiane du bas-ventre et des céphalées peuvent estomper la sensation agréable [10].

- **La résolution**

Chez la femme non enceinte, l'orgasme soulage le pelvis qui était congestionné, alors que plus une femme avance dans sa grossesse, moins le soulagement du pelvis est efficace. On parle « d'une prolongation de l'excitation sexuelle » [6].

2.3. La place du père

Il y a peu de place à la parole du père dans la littérature. « Les auteurs ayant fait des travaux de recherche sur le sujet se sont le plus souvent référés à la sexualité féminine pendant la grossesse. Celle de l'homme n'était le plus souvent appréhendée qu'à travers le vécu de la femme » [12].

Le regard et le désir de l'homme peuvent changer pendant la grossesse. Il peut conserver un désir très important pour sa compagne, il la trouve alors sublimée, embellie, épanouie par la grossesse. Il se sent plus proche de sa compagne et apprécie les modifications corporelles de celle-ci.

L'effet inverse peut également se produire : les formes maternelles, l'esthétique de sa femme, enceinte, peuvent ne pas lui plaire. « Les changements physiques de sa partenaire peuvent diminuer l'attirance sexuelle de l'homme vers sa femme. Et comme beaucoup d'hommes assimilent sexe et tendresse, il peut y avoir des problèmes. Le rôle de l'information, faite notamment par les professionnels, est souligné. Expliquer la possibilité de poursuivre les relations sexuelles durant la grossesse et inviter l'homme à assister aux visites prénatales de sa femme pour lutter contre son sentiment d'exclusion de la dyade femme-gynécologue, qui est souvent un homme, peuvent représenter des moyens pour prévenir les problèmes sexuels et de couple » [12].

L'homme devient le témoin de la transformation de la femme en mère. Cela peut lui rappeler des souvenirs de sa vie, de son enfance, et notamment de sa dépendance ou non envers sa propre mère. Il peut avoir la sensation de régresser. L'image de la mère est alors trop présente et peut nuire à son désir. « Concernant le désir sexuel, il a diminué davantage chez les hommes ayant eu une bonne relation avec leur mère. »

Il a également la crainte que sa femme ne devienne plus qu'une mère et non une amante [12].

D'un point de vue plus pratique, une étude sur la sexualité pendant la grossesse a recensé les avis de 3380 hommes. A la question « Sinon, pourquoi ne voulez-vous pas faire l'amour avec votre femme », 70.37% ont répondu « par peur de faire mal au bébé » [13].

« L'information sexuelle peut avoir un rôle important à jouer pour lutter contre des idées fausses, telles que, par exemple, «la pénétration peut faire mal au bébé». Les hommes sont demandeurs d'informations sexuelles, de préférence sous forme de brochure d'information. Ils estiment également que le professionnel doit aborder lui-même le sujet. On peut donc dire que la sexualité reste taboue chez les hommes, même s'ils prétendent le contraire » [12].

3. INFORMATIONS PRATIQUES POUR LES COUPLES

3.1. Le rôle de la sage-femme, aspect législatif

Dans le cadre des missions de service public, la loi HPST du 21 Juillet 2009 « oblige » les sages-femmes à s'impliquer dans des « actions de prévention et d'éducation à la santé et leur coordination ». En bref, elle étend leurs compétences à la contraception et le suivi gynécologique à tout âge de la vie des femmes. Comme l'Organisation Mondiale de la Santé a considéré la vie de couple comme un thème de santé publique, il y a une légitimité législative pour la sage-femme de considérer la sexualité de la femme enceinte et du couple comme faisant partie intégrante de son rôle propre [14].

La sexologie fait partie du programme de l'enseignement théorique de la 2^{ème} phase des études de sage-femme. Parmi les thèmes abordés, ceux qui nous intéressent ici sont :

- la place de la sage-femme en matière d'éducation sexuelle et de conseil conjugal ;
- la vie sexuelle adulte : la fonction érotique, du comportement physiologique aux normes sociales ;
- maternité et sexualité : conflits, tabous et séquelles, prévention et assistance sexologique [15].

3.2. Les grossesses physiologiques

L'évolution des courants d'opinions occidentaux « libère » les couples d'un interdit qui était manifestement injuste. Néanmoins, force est d'admettre qu'il y a au minimum deux façons d'être enceinte : une manière qui suit le mode physiologique, et, à l'opposé, les grossesses pathologiques. Pour les grossesses physiologiques, contrairement aux croyances d'antan, il n'y a aucune raison d'interrompre les rapports sexuels. Les rapports sexuels ne provoquent pas de contractions suffisamment intenses pour entraîner une modification du col de l'utérus. En effet, il y a une hypercontractibilité

utérine après un rapport sexuel (30 %) ou après un orgasme (25%) mais ces contractions ne prêtent pas à conséquences dans le cadre d'une grossesse physiologique [16].

Il peut y avoir un risque de saignement après un rapport sexuel qui est du à une fragilité du col de l'utérus. Il s'agit du même phénomène que si la femme enceinte saigne après un toucher vaginal. Ce sont cependant des métrorragies minimales et il faut expliquer au couple que si ces métrorragies sont plus abondantes, la patiente doit venir consulter.

Une étude publiée sur Internet a été réalisée par A.E. Sayle et coll en 2001 pour savoir s'il y a une différence entre la sexualité des femmes accouchant prématurément et entre la sexualité des femmes accouchant à terme. L'étude était basée sur le nombre de rapports sexuels, sur la position utilisée pendant ceux-ci, la présence ou non d'orgasmes et la qualité du désir sexuel. Ils ont tenu compte des facteurs de risque d'un accouchement prématuré. Les résultats de cette enquête ont montré qu'il n'y a aucun effet néfaste de la sexualité sur la durée de la grossesse. En fait, les femmes qui ont accouché à terme ont eu plus de rapports sexuels en fin de grossesse que les femmes qui ont accouché prématurément (avant 37 SA). Ces données confirment les conclusions d'une grande étude antérieure, menée auprès de 13 285 femmes enceintes et publiée en 1993 par l'équipe de J.S. Read et coll., qui avait également décrit une relation inverse entre sexualité et prématurité [17].

	Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels de la 29 ^e à 32 ^e semaine de grossesse	Pourcentage de femmes ayant eu des rapports sexuels de la 33 ^e à 34 ^e semaine de grossesse
Accouchement à terme	55 %	52 %
Accouchement prématuré	38 %	30 %

3.3. La grossesse, une contre-indication au coït ?

Nous avons vu qu'en cas de grossesse physiologique, les rapports sexuels étaient autorisés et même conseillés. Il en va tout autrement lorsque la grossesse présente certaines pathologies. En effet, il existe des situations où l'activité coïtale peut être considérée comme facteur de risque, d'effets indésirables voir pathogènes :

- **Risque de fausse couche au 1^{er} trimestre**

Comme nous l'avons vu au début de ce mémoire, de tous temps, on croyait que les rapports sexuels étaient responsables des avortements précoces. Nous savons aujourd'hui que les fausses couches du 1^{er} trimestre sont dues soit à une anomalie chromosomique, soit à une malformation utérine ou à d'autres facteurs (infections, âge maternel, insuffisances lutéales, causes immunologiques). A aucun moment, les rapports sexuels ne sont identifiés comme la cause d'une fausse couche [18].

Cependant, si on retrouve des fausses couches à répétition, que le repos est préconisé dès le début de la grossesse et que le couple est inquiet par rapport aux relations sexuelles, il est plus prudent de leur conseiller de ne pas avoir de rapports sexuels fréquents et intenses pendant le 1^{er} trimestre.

- **Menace d'Accouchement Prématuro (MAP)**

Nous l'avons vu, les rapports sexuels ne sont pas la cause d'une menace d'accouchement prématurée, cependant en cas de MAP, les rapports sexuels sont contre-indiqués car certains phénomènes peuvent aggraver la MAP : la présence de prostaglandines dans le sperme, l'orgasme et la stimulation mamelonnaire.

- Le rôle des prostaglandines

Les prostaglandines sont une composante du sperme. Or, en obstétrique, on utilise des prostaglandines de synthèse pour déclencher l'accouchement. Y a-t-il donc un risque

que les prostaglandines contenues dans le sperme puissent provoquer des contractions utérines ? Les conclusions de la thèse de LAROCHE, dans laquelle il décrit l'effet des prostaglandines, montrent « qu'en dépit du fait que leur absorption soit très augmentée pendant la grossesse, la quantité absorbée, après éjaculation lors des rapports sexuels, ne paraît pas suffisante pour causer des contractions susceptibles de provoquer le travail. » [7] Cependant, dans le contexte d'une MAP, le repos est le traitement principal. Il semble donc judicieux de proscrire les rapports sexuels s'il y a une MAP.

- L'orgasme

« Selon la littérature, l'orgasme est le mécanisme physiologique le plus mis en cause dans la survenue de contractions utérines susceptibles d'engendrer une modification cervicale » [7].

- La stimulation mamelonnaire

Les caresses ou la succion du mamelon provoquent une production d'ocytocine, qui est l'hormone responsable des contractions utérines. Elle est également utilisée pour déclencher l'accouchement.

Rappelons que ces phénomènes ne s'appliquent pas pour une grossesse physiologique, n'étant pas assez puissants pour provoquer le travail.

- **Placenta bas inséré ou décollement placentaire**

Le placenta bas inséré est une implantation anormale du placenta (sur le segment inférieur de l'utérus) qui est responsable de métrorragies (surtout au 3^{ème} trimestre). Dans ce cas, ainsi que pour un décollement placentaire, le repos est prescrit afin d'éviter la survenue de contractions utérines et donc de saignements et les rapports sexuels avec pénétration sont contre-indiqués [19].

- **Infections**

Les rapports sexuels peuvent engendrer des infections vaginales ou cervicales dues à des M.S.T. (Maladies Sexuellement Transmissibles). Ces infections peuvent provoquer des fausses couches, des accouchements prématurés, ou des atteintes fœtales (par infection du liquide amniotique au travers des membranes ; le fœtus s'infecte en inhalant ou en déglutissant ce liquide). Il ne faut pas forcément arrêter les rapports sexuels s'il y a une infection mais il faut obligatoirement utiliser un préservatif lors des rapports (et bien évidemment traiter l'infection).

- **Rupture Prématurée des Membranes (RPM)**

S'il y a une RPM, le risque infectieux est important et il ne faut pas majorer ce risque par des rapports sexuels. Les rapports sexuels sont donc contre-indiqués. De toute façon, une fois les membranes rompues, l'hospitalisation de la patiente est indiquée.

Partie 2

L'ENQUÊTE

1. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

1.1. Problématique

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé sexuelle est très importante. Pourtant le sujet de la sexualité de la femme enceinte est peu traité ; il ne faut pas oublier que l'obstétrique n'est pas qu'une affaire technique.

Devant les mesures insuffisantes et les carences de références sur le thème de grossesse et sexualité, j'ai décidé de m'intéresser à ce sujet.

En tant qu'élèves sages-femmes et futures sages-femmes, nous avons un rôle primordial à jouer dans l'information et dans l'accompagnement des couples. Or la sexualité fait partie intégrante de la maternité.

Mon mémoire de fin d'études a donc pour thème la question encore controversée du rôle pédagogique de la sage-femme auprès des femmes enceintes qui s'interrogent sur la qualité de leur vie privée durant la grossesse.

1.2. Objectifs



Evaluer les informations dispensées par les sages-femmes sur la sexualité pendant la grossesse



Evaluer les attentes des femmes et des couples



Créer une brochure d'informations destinée aux couples qui tienne compte des résultats de l'enquête

1.3. Hypothèses

Dans la mesure où les femmes enceintes et les couples s'interrogent sur le déroulement des relations intimes pendant la grossesse, j'émet l'hypothèse **que ce questionnaire est gauchi par leur manque d'informations élémentaires et de repères rassurants pour tirer partie de cette période exceptionnelle de leur vie.**

Dans la mesure où les sages-femmes sont *a priori* impliquées dans cet accompagnement, j'émet les hypothèses que malgré leur rôle primordial sur le thème de la sexualité pendant la grossesse, **elles n'abordent pas ou peu ce sujet avec les patientes et qu'elles manquent de formation pour ce faire.**

1.4. Méthodologie

J'ai choisi de mener en parallèle 2 études, une auprès des sages-femmes et une autre auprès des femmes enceintes ou accouchées, puis de corrélérer les résultats des 2 enquêtes afin de savoir si les réponses des unes correspondent aux attentes des autres.

1.4.1. Questionnaires destinés aux sages-femmes

- Population et lieux d'étude

J'ai mené mon étude dans le département de la Moselle et de recueillir les propos de sages-femmes ayant des champs d'activité différents afin de pouvoir multiplier la richesse des propos. J'ai donc envoyé 140 questionnaires destinés aux sages-femmes de Moselle :

- dans les maternités de Sarrebourg, de Sarreguemines, de Forbach, de Saint-Avold (Hospitalor et Saint-Nabor) et de Thionville (Bel-Air)
- aux sages-femmes libérales en Moselle
- aux sages-femmes territoriales en Moselle

- Durée de l'enquête

J'ai réalisé cette enquête pendant 3 mois dans la période du 01.11.2009 au 01.02.2010.

- Recueil de données

J'ai envoyé les questionnaires aux maternités par voie postale après avoir reçu oralement l'autorisation des cadres de service. Une relance téléphonique (quotidienne pendant un mois) a été nécessaire.

Après avoir cherché les noms des sages-femmes libérales et territoriales dans l'annuaire des pages jaunes, je les ai contactées par téléphone puis leur ai envoyé mon questionnaire par e-mail.

1.4.2. Entretiens semi-directifs destinés aux femmes

- Population et lieux d'études

Après avoir reçu les autorisations nécessaires, j'ai réalisé 30 entretiens semi-directifs auprès de femmes :

- 15 ont été menés pendant la période du 16-11.2009 au 06-12.2009 à la Clinique Saint-Nabor de Saint-Avold, chez des accouchés pendant le post-partum immédiat.
- 15 ont été menés pendant la période du 15-10-2009 au 25-10-2009, lors d'un stage chez une sage-femme libérale à Metz, auprès de femmes enceintes lors de séances de préparations à la naissance.

J'ai choisi de faire cette enquête dans 2 villes différentes, Saint-Avold étant plus rurale et Metz, qui est une grande agglomération. J'ai volontairement réalisé ces entretiens auprès de femmes enceintes et d'accouchées pour englober toute la période de la grossesse.

- Recueil de données

J'ai décidé de faire des entretiens semi-directifs afin de pouvoir créer un dialogue avec les femmes, un questionnaire aurait été trop froid, trop distant et je n'aurais pas pu obtenir la même qualité d'informations. L'entretien semi-directif incite le sujet à s'exprimer librement et explicitement tout en respectant les limites de notre intervention et en gardant en vue nos axes de recherche.

J'ai tout d'abord présenté mon sujet de mémoire aux femmes enceintes et aux accouchées puis, avec leur accord, j'ai procédé à l'entretien dans le respect du secret professionnel. Celui-ci se déroulait individuellement dans la chambre de l'accouchée ou après la séance de préparation à la naissance. Je n'ai pu recueillir les propos que d'un seul futur papa.

Je n'ai pas choisi de critères d'inclusion particuliers parce que je voulais avoir le point de vue de toutes les femmes, sans restriction aucune.

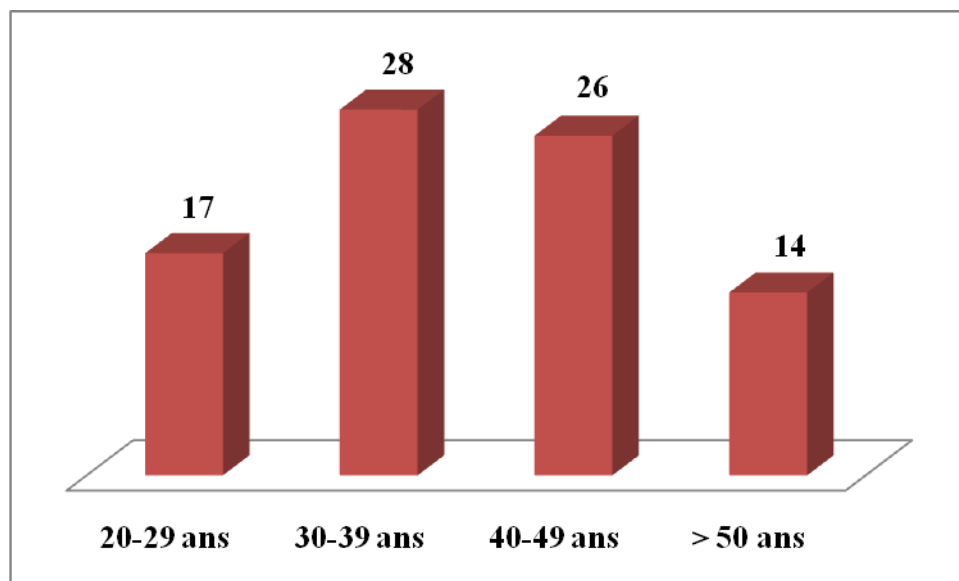
2. RESULTATS DES ETUDES

2.1. Etude auprès des sages-femmes

Sur les 140 questionnaires envoyés, j'ai obtenu 85 questionnaires complétés.

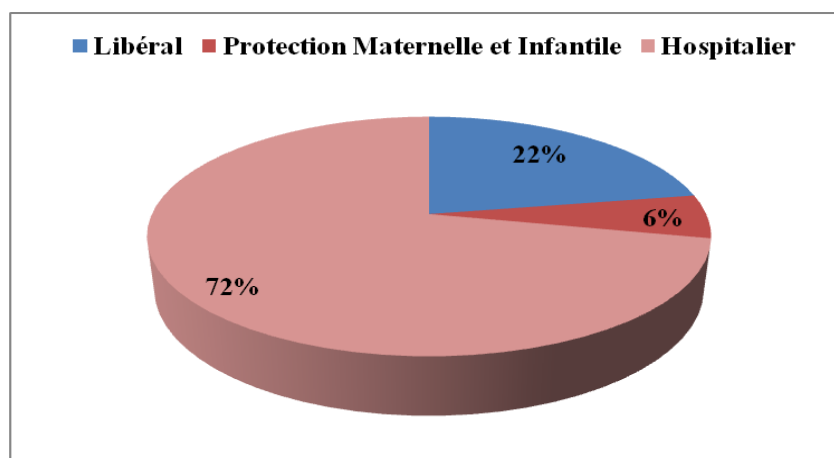
- *Age des sages-femmes*

N=85



Graphique 1

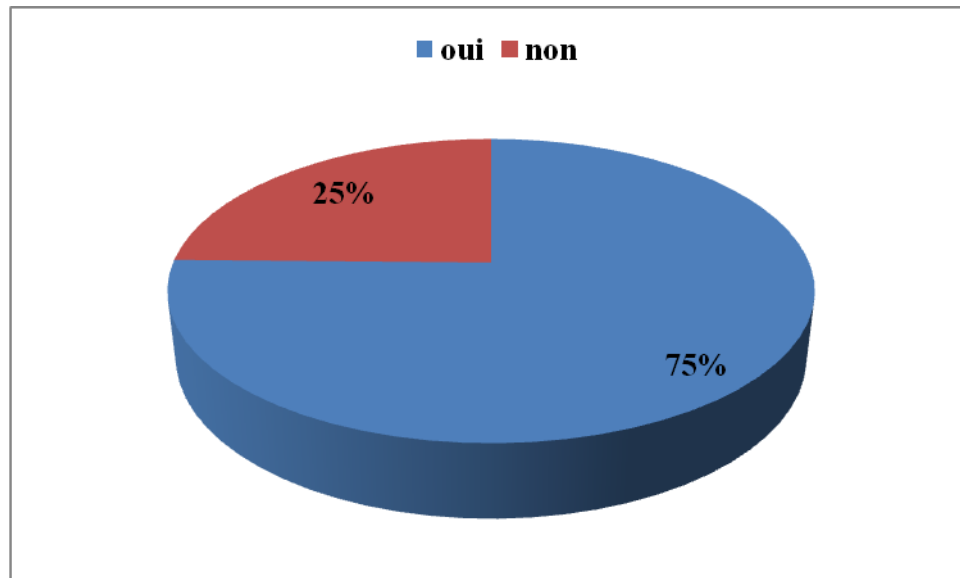
- *Le champ d'exercice*



Graphique 2

- *Abordez-vous le thème de la sexualité avec la femme enceinte ?*

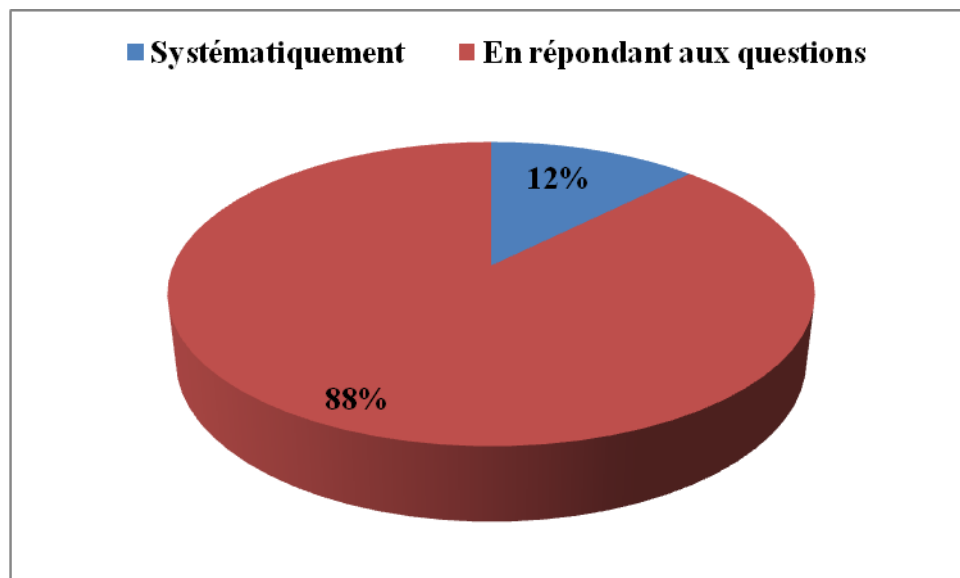
N=85



Graphique 3

- *Si oui, - comment ?*

N=64



Graphique 4

- Avec quels mots lancez-vous la discussion ?

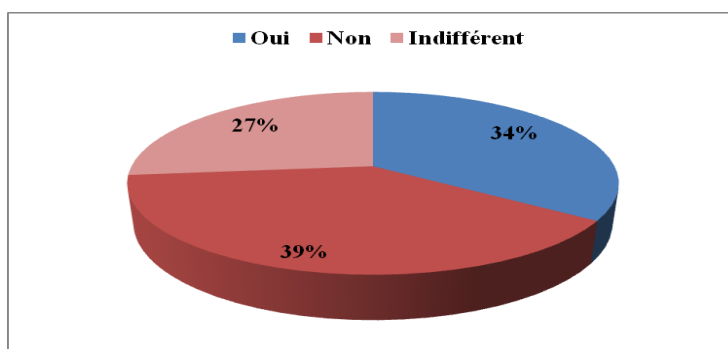
Sur 64 sages-femmes ayant répondu « oui » à la question 4, j'ai eu 40 réponses à cette question-ci et donc 23 non-réponses. Les propos des sages-femmes étant tous différents et comme je ne peux pas tous les citer, je les ai regroupé en catégories.

Catégories	N=40
En parlant de la vie en général	3
En posant des questions précises (par exemple : « comment se passe votre sexualité depuis le début de la grossesse ? »)	7
En fin de grossesse : « Les rapports sexuels, si vous le souhaitez, permettent au col de s'ouvrir plus vite »	6
Lors d'une pathologie : MAP, métrorragies.	3
En attendant que les questions viennent	17
Lors des séances de préparation à la naissance (en parlant de la poche des eaux qui est incompressible ou en parlant de la contraception)	4

Tableau I

- Préférez-vous l'aborder en présence du conjoint ?

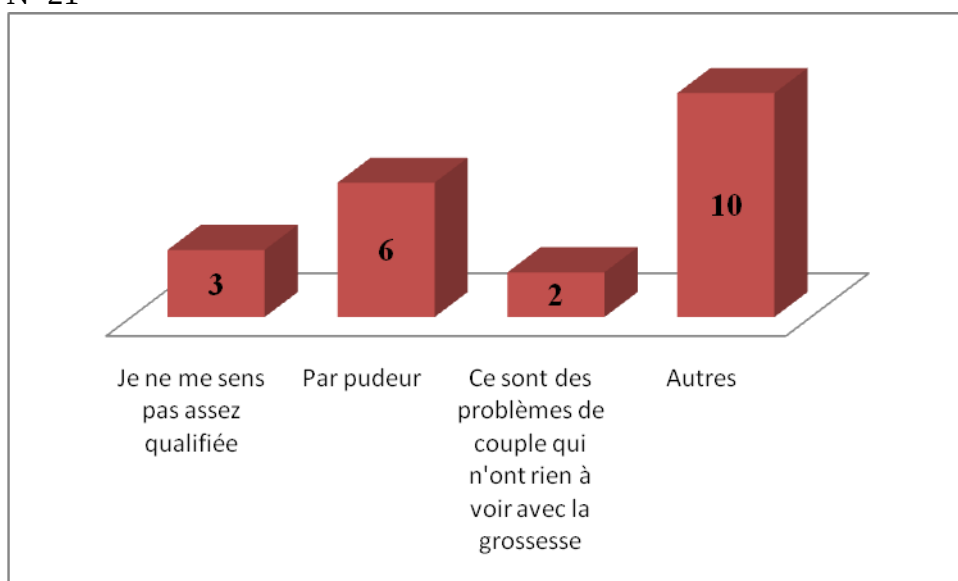
N=64



Graphique 5

- *Si non, pourquoi ?*

N=21



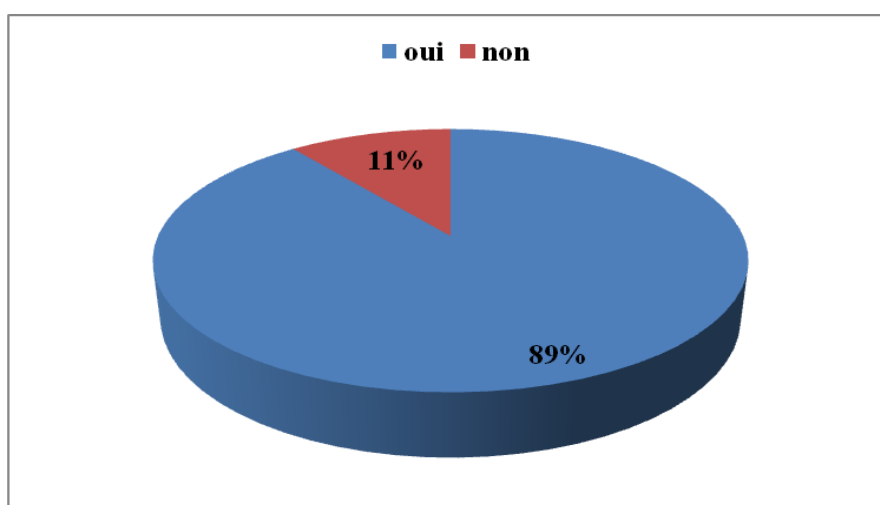
Graphique 6

Autres	N=10
Pas le temps	5
Pas d'occasion	5

Tableau II

- *Selon vous, la sage-femme est-elle un interlocuteur privilégié pour aborder le thème de la sexualité pendant la grossesse ?*

N=85

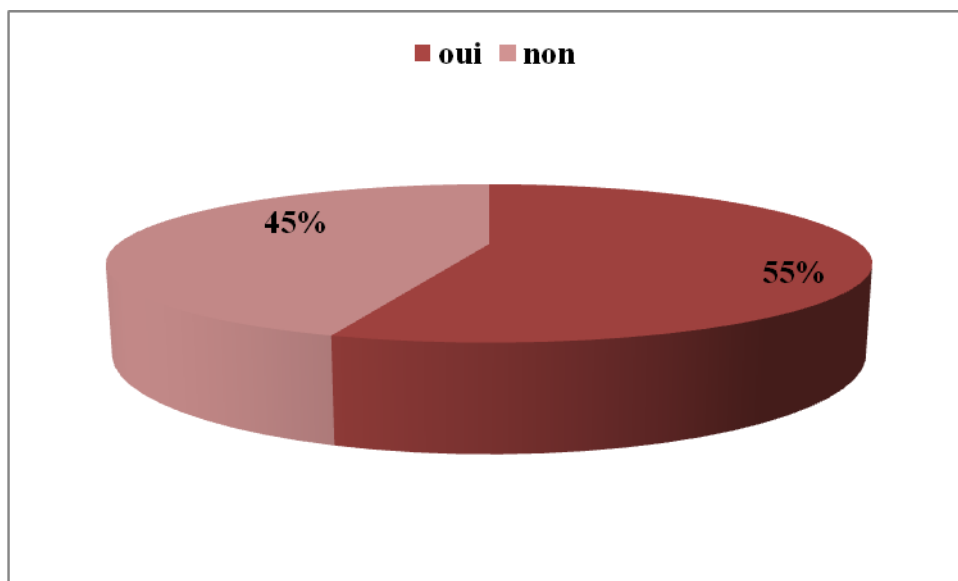


Graphique 7

- **Commentez**

- Sur les 76 sages-femmes ayant répondu « oui » à cette question, 28 ont laissé un commentaire. Il serait trop long de tous les retranscrire.
- Sur les 9 sages-femmes ayant répondu « non » à cette question, 2 ont commenté :
 - « Pas plus que le médecin, le psychologue, mais la sage-femme reste un interlocuteur possible »
 - « C'est un sujet à aborder mais ce n'est pas un sujet central dans la prise en charge de la femme enceinte »
- **« Avez-vous été sensibilisé sur ce thème au cours de votre formation initiale ? »**

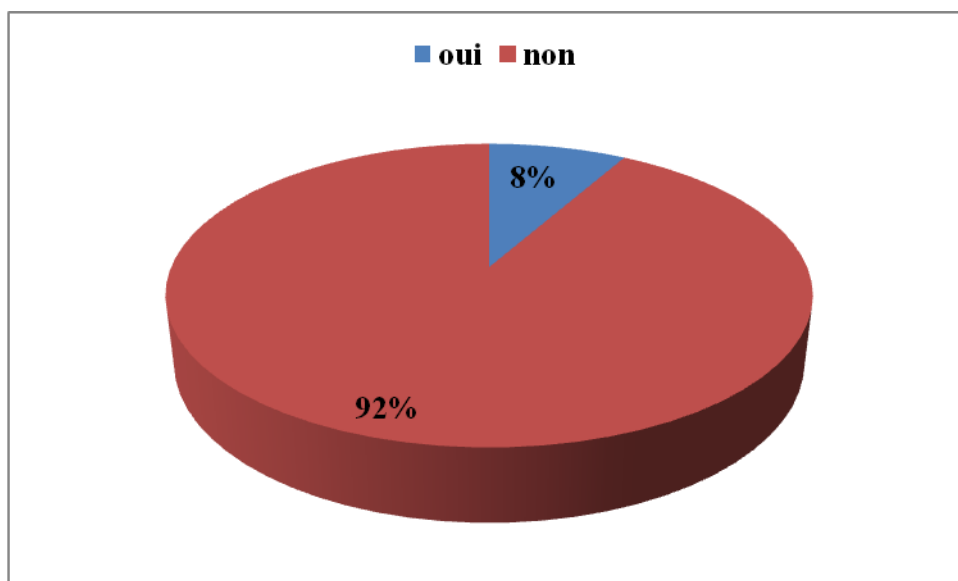
N=85



Graphique 8

- *Avez-vous suivi une formation continue sur ce thème au cours de votre carrière ?*

N=85



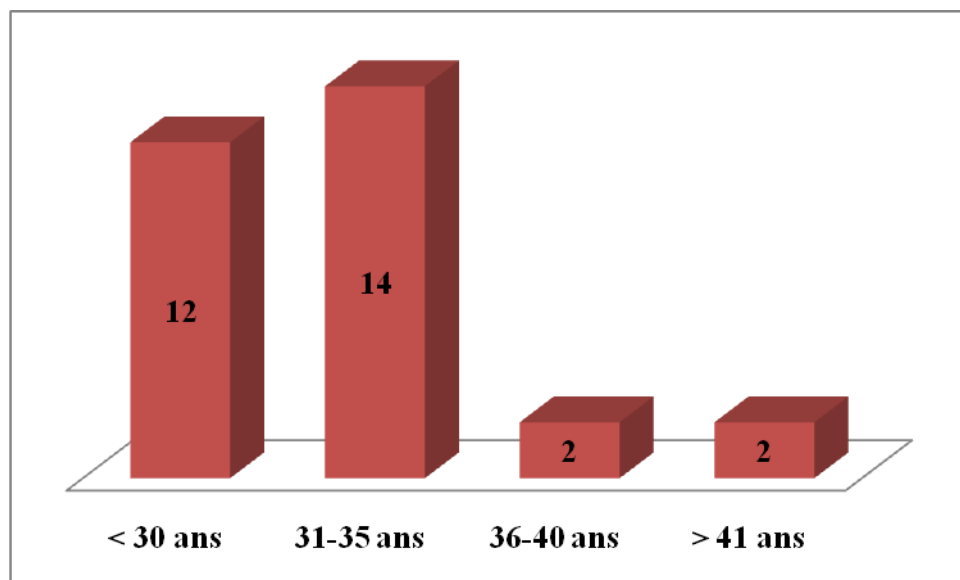
Graphique 9

Formation continue	N=7
Avec Dr Waynberg	4
Diverses formations sur la sexualité de la femme enceinte lors d'un poste en planning familial	1
D.U. de sexologie mais arrêté au bout de 6 mois	1
Pas de réponse	1

2.2. Etude auprès des femmes

- *Age des femmes*

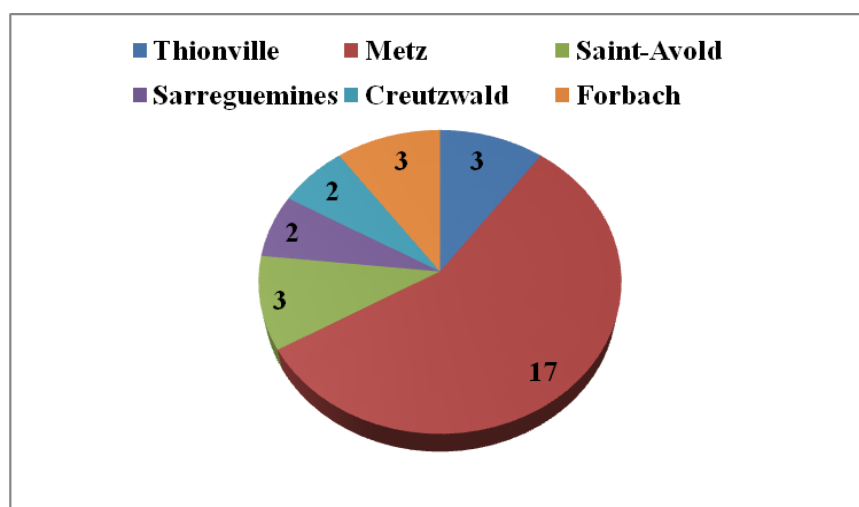
N=30



Graphique 10

- *Lieu d'habitation*

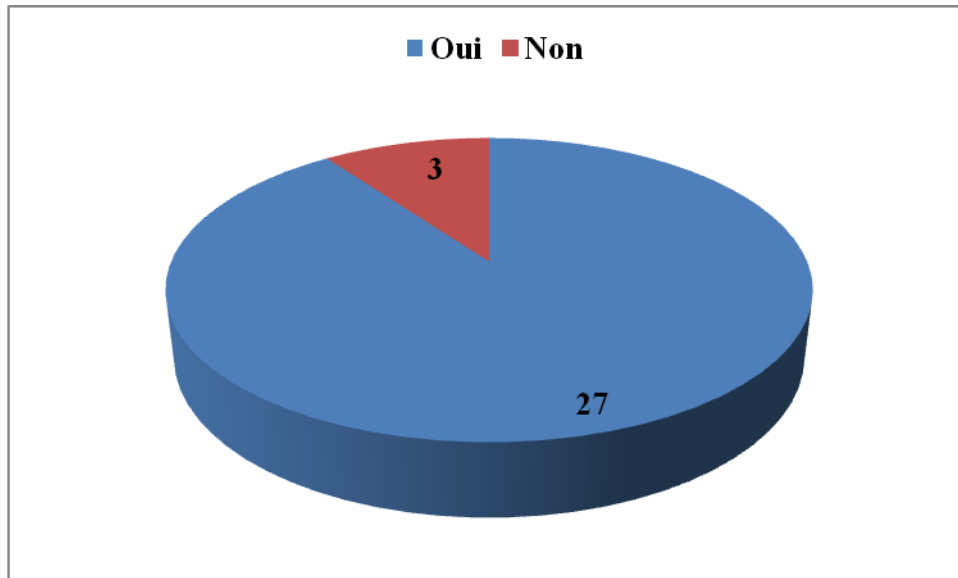
N=30



Graphique 11

- *Avez-vous eu l'occasion de parler de votre vie intime pendant la grossesse ?
Ou étai-ce un sujet tabou ? Avec qui ?*

N=30



Graphique 12

- Pour 3 femmes, c'était un sujet tabou.
- 27 femmes ont eu l'occasion d'en parler :
 - 4 femmes en ont parlé avec leurs amis
 - 11 femmes en ont parlé avec leur conjoint
 - 5 femmes en ont parlé avec leur conjoint et leurs amis
 - 2 femmes en ont parlé avec leur conjoint et avec leur médecin
 - 4 femmes en ont parlé avec une sage-femme
 - 1 femme en a parlé avec une sage-femme et un médecin

7 femmes en ont donc parlé avec un professionnel de santé.

- *A quel moment de la grossesse ? Qui a abordé le sujet en 1^{er} ?*

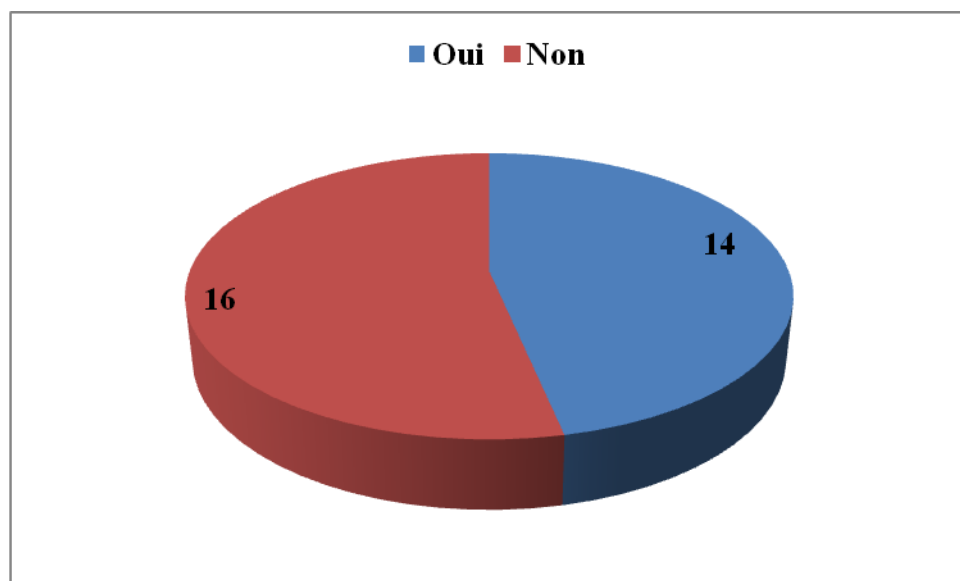
N=7

A quel moment de la grossesse ?	Qui a abordé le sujet ?
Au 4 ^{ème} mois à cause de métrorragies	La sage-femme
A la fin à cause de contractions utérines	La femme
En séances de préparation à la naissance « Avez-vous des rapports sexuels depuis le début de la grossesse ? »	La sage-femme
- Au début « faites comme d'habitude » - En séances de préparation à la naissance	La sage-femme et le gynécologue
En séances de préparation à la naissance « le bébé est protégé par la poche des eaux »	La sage-femme
Au 7 ^{ème} mois à cause d'une MAP, la femme a demandé si les rapports sexuels étaient dangereux	La femme
Au 6 ^{ème} mois, la femme a demandé au gynécologue pourquoi elle avait une diminution du désir	La femme

Tableau IV

- *Auriez-vous eu envie, besoin d'un dialogue ? A quel moment ?*

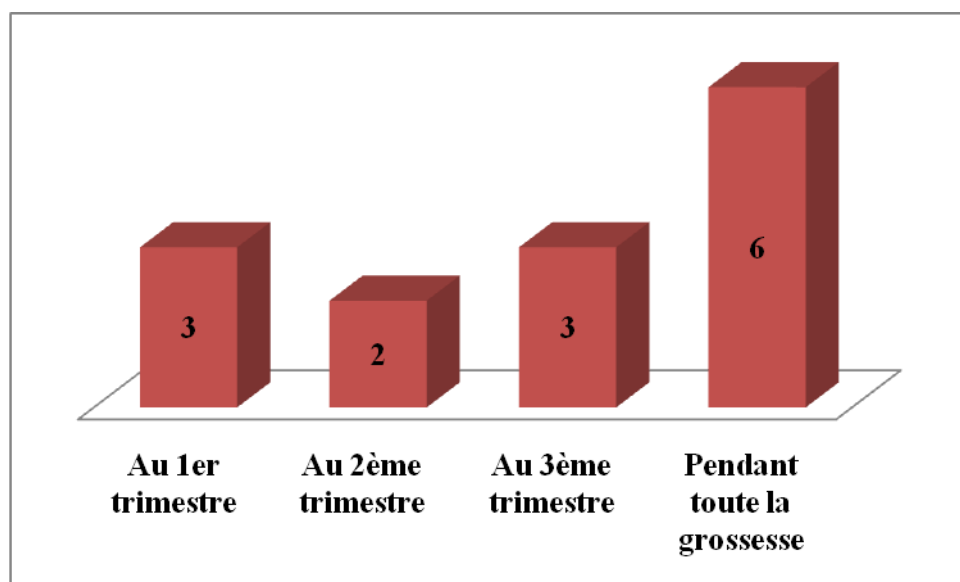
N=30



Graphique 13

- *Oui :*

N=14



Graphique 14

Certaines réponses étaient plus précises :

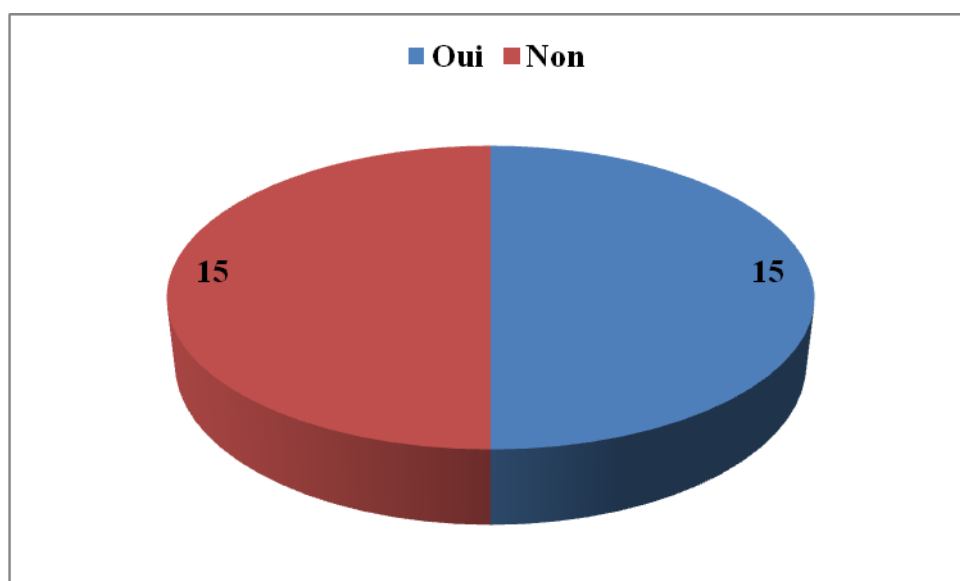
- Lors des séances de préparation à la naissance pour être rassurée sur la baisse de désir qu'elle a éprouvé.
 - Au début de la grossesse, elle a eu un saignement après un rapport sexuel, elle a eu peur et a préféré de ne plus avoir de rapports sexuels pendant toute la grossesse.
 - Au début, mais elle ne savait pas à qui poser ses questions.
 - Au début de la grossesse, elle a eu un décollement placentaire, on lui a interdit tout rapport sexuel mais on ne lui a pas dit jusque quand, donc elle n'a plus eu de rapport sexuel.
 - Elle avait fait des recherches sur internet mais n'a pas trouvé de réponses satisfaisantes.
-
- **Non :** sur les 16 femmes ayant répondu non, 2 ont expliqué leur réponse :
 - Parce qu'elle n'avait pas de problèmes.
 - Parce qu'elle n'en a pas eu besoin, elle a écouté son corps.

- *Quelles sont les principales questions que vous vous êtes posées sur votre vie intime pendant la grossesse ?*

Questions	n
« Est-ce que c'est normal d'avoir une libido forte ? »	4
« Est-ce que c'est normal d'avoir une libido oscillante ? »	1
« Pourquoi je n'avais plus de désir ? »	3
« Est-ce qu'un rapport sexuel peut déclencher un accouchement prématuré ? »	5
« Jusqu'à quel mois peut-on avoir des rapports sexuels ? »	6
« Est-ce que mon mari peut faire mal au bébé ? »	5
« Comment faire pour rassurer mon mari ? »	1
« Est-ce qu'on peut continuer à tout faire ? »	1
« Est-ce qu'on peut continuer à avoir une vie sexuelle normale à cause de mon âge (41 ans) ? »	1
Aucune	6

Tableau V

- *Quelle était l'attitude de votre conjoint ? Avait-il des questions ?*



Graphique 15

Attitude du conjoint	n
« Il avait peur de faire mal au bébé »	9
« Il ne comprenait pas pourquoi je n'avais plus de désir »	2
« Il avait peur que le désir ne revienne plus »	2
« Il se demandait si ma libido allait changer »	1
« Mon mari n'avait plus de désir à partir de 5-6 mois, quand on sentait le bébé bouger »	1
« Il n'arrivait pas à gérer ma libido et n'avait plus de désir pour moi, il ne voyait que mon ventre »	1

Tableau VI

Partie 3

DISCUSSION

1. LIMITES ET CONTRAINTES

Après le dépouillement des questionnaires destinés aux sages-femmes, je me suis rendu compte que j'avais mal formulé une question. Il s'agit de la question 4.a) :

Si oui, - comment ?

- ☐ Systématiquement
- ☐ En fonction de la demande
- ☐ En répondant aux questions

Il y avait 3 possibilités de réponses et les sages-femmes, qui ne devaient cocher qu'une réponse, ont souvent coché les deux dernières. En effet, ces 2 réponses étant similaires, j'ai décidé de les regrouper en une seule. Pour l'interprétation des résultats, la question 4.a) est donc devenue :

Si oui, - comment ?

- ☐ Systématiquement
- ☐ En répondant aux questions

De plus, à la question « préférez-vous l'aborder en présence du conjoint ? », à laquelle il y avait 2 réponses possibles, certaines sages-femmes ont coché les 2 ou ont ajouté une 3^{ème} proposition « indifférent ». J'ai décidé de rajouter également cette 3^{ème} proposition. La question est donc devenue :

- préférez-vous l'aborder en présence du conjoint ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Indifférent

J'ai donc fait mes statistiques en fonction de ces 2 modifications.

Dans certains hôpitaux, j'ai eu beaucoup de difficultés à avoir un retour des questionnaires malgré une lettre d'accompagnement bien explicite sur le thème de mon mémoire. J'ai du avoir recours à de nombreuses relances téléphoniques.

2. ANALYSE ET PROPOSITIONS

Dans cette partie, je vais procéder à l'analyse des 2 enquêtes afin de pouvoir confirmer ou infirmer mes hypothèses. Je vais également essayer de dégager des axes de propositions afin d'améliorer ce qui existe actuellement tant sur l'aspect formatif des sages-femmes que sur l'information donnée aux couples.

2.1. Une information, pourquoi ? Laquelle ?

Les femmes enceintes et les couples sont-ils en demande d'informations sur la sexualité pendant la grossesse ? Et de quelle(s) information(s) ont-ils besoin ?

2.1.1. Pourquoi ?

La majorité des femmes ont eu l'occasion de parler de sexualité pendant leur grossesse. Ce n'est un sujet tabou que pour 3 femmes sur 30. Seulement un petit nombre de patientes interrogées, soit 7 femmes, en ont parlé avec un professionnel de santé (gynécologue ou sage-femme) : 3 femmes ont abordé le sujet de leur propre initiative, et pour les 4 autres, c'est le professionnel de santé qui a abordé le sujet. Donc, sur les 30 femmes interrogées, 4 seulement ont eu une information donnée directement par un professionnel de santé. C'est très peu, voire insuffisant, surtout si l'on compare ce résultat au nombre de femmes (14) qui auraient eu envie d'un dialogue autour de la sexualité pendant la grossesse, et au nombre de femmes (24) et de conjoints (15) qui se sont posés des questions [Graphiques 13 et 15].

Il y a là un vrai travail à faire pour pouvoir pallier les attentes des femmes et des couples.

2.1.2. Laquelle ?

Les questions que se posent les femmes et les hommes sont variées [tableaux V et VI].

Chez les femmes, les questions qui reviennent le plus souvent sont en rapport avec les variations de désir inhérentes à la grossesse : on observe généralement une baisse du

désir aux 1^{er} et 3^{ème} trimestre, et au contraire une augmentation de celui-ci au 2^{ème} trimestre. Mais cette « règle » ne se retrouve pas chez toutes les femmes enceintes.

Une femme m'a d'ailleurs dit « c'est avant tout dans la tête que ça se passe ». Je suis d'accord avec elle.

Eprouver du désir et du plaisir pendant la grossesse peut être difficile à reconnaître, ceci pour plusieurs raisons qui nous viennent de notre Histoire et de nos croyances : par exemple le fait, dans la moralité chrétienne, que le rapport sexuel ait pour unique but la fécondation, et non le plaisir.

Depuis les années 1960 en Occident, la sexualité est tout de même plus libre et surtout moins taboue. Je pense cependant que les croyances d'avant restent ancrées en nous d'une certaine manière : avoir du plaisir sexuel alors qu'on est enceinte peut gêner.

De plus, cette idée se retrouve dans les magazines féminins destinés à la grossesse, où le thème de la sexualité est rarement abordé. Les femmes enceintes peuvent avoir du mal à gérer leur désir pendant la grossesse. Les couples ont besoin d'informations pour comprendre pourquoi leur désir change et qu'ils ne sont pas les seuls à ressentir ça. Une information les aiderait à déculpabiliser et à communiquer entre eux.

Une autre question qui a été souvent employé était « jusqu'à quel mois peut-on avoir des rapports sexuels? ». Beaucoup de couples pensent qu'on ne peut pas avoir de sexualité jusqu'à la fin de la grossesse. Leurs raisons sont nombreuses, mais la peur d'un accouchement prématuré est la plus présente dans leur discours. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, les rapports sexuels ne provoquent pas de Menace d'Accouchement Prématuré si la grossesse est physiologique. Il faut donc pouvoir donner cette information aux couples de façon claire et explicite.

Parmi les questions posées par les femmes, je note également les questions par rapport à une pathologie. S'il y a une contre-indication au coït pendant la grossesse, les professionnels aborderont le sujet, mais les femmes ne sont toujours pas assez bien informées. Par exemple, une femme a eu des saignements en tout début de grossesse ; ne sachant pas pendant combien de temps les rapports sexuels étaient contre-indiqués, elle n'en a plus eu du tout. Une autre femme, qui a été hospitalisée pour une menace d'accouchement prématuré à 30 Semaines d'Aménorrhées (SA) et qui a finalement accouché à 40 SA, ne savait pas si elle pouvait reprendre les rapports sexuels dans le

dernier mois. Il est donc utile de pouvoir informer ces femmes ayant eu une pathologie en cours de grossesse.

Chez les hommes, les questions sont également nombreuses et variées, on y retrouve la question du désir de leur compagne, mais la question la plus fréquente est « est-ce que je peux faire mal au bébé ? ». Cette question est d'autant plus présente que l'on avance dans la grossesse, le fœtus se développe, prend de plus en plus de place, ses mouvements se perçoivent de plus en plus. Les hommes prennent donc conscience de la présence de leur bébé dans le ventre de leur compagne. La présence de ce bébé peut les gêner, il peut être vu comme un voyeur des ébats amoureux. Il y a aussi le fantasme que l'homme touche le bébé avec son pénis. Là aussi, il est important de pouvoir donner une information aux parents sur l'anatomie de la femme enceinte et sur le fait que le bébé n'est pas conscient de leurs ébats, il sentira le corps bouger mais ne saura pas pourquoi. On peut leur expliquer que, comme le bébé flotte dans un liquide à l'intérieur de l'utérus, protégé par la paroi abdominale et le bassin de la mère, il est parfaitement protégé contre tous les chocs, sauf les plus extrêmes. Même une pénétration profonde ne peut blesser le fœtus.

Je terminerai cette partie en disant que le plus important est **de continuer à dialoguer dans le couple**. Tout le monde n'a pas envie d'avoir de sexualité pendant la grossesse, il n'y a pas de jugement à avoir. Si les 2 partenaires ne sont pas sur la même longueur d'onde, il faut que chacun sache expliquer à l'autre ses raisons et ne reste pas dans l'ombre de ses problèmes. **Avoir des informations sur la sexualité pendant la grossesse leur permet de pouvoir comprendre les phénomènes nouveaux qu'ils vivent de par cette grossesse et de pouvoir communiquer entre eux de ces changements**. Chaque couple vit sa sexualité différemment et il en est de même pendant la grossesse.

Mon hypothèse selon laquelle les femmes enceintes et les couples manquent d'informations sur la sexualité pendant la grossesse est confirmée.

Au travers ces résultats, on peut se demander à qui donner cette information, par qui, à quel moment et surtout comment ?

2.2. Une information, pour qui ?

2.2.1. Toutes les femmes enceintes

Nous venons de voir que les femmes enceintes ont besoin d'informations sur la sexualité pendant la grossesse. Je me suis alors demandé s'il y avait un profil particulier de femmes recherchant cette information.

J'ai interrogé des femmes venant de plusieurs zones géographiques de la Moselle (Graphique 11). Toutes les catégories d'âge sont représentées (Graphique 10), avec cependant une majorité de femmes de moins de 35 ans. On peut donc dire que toutes les femmes enceintes ont besoin d'être informées. Ces données se confirment par le nombre très important de questions posées par les femmes enceintes sur les forums d'Internet.

Il est donc important de pouvoir informer toutes les femmes enceintes et de ne pas se limiter à une catégorie spécifique de femmes.

2.2.2. Leur conjoint

Les femmes enceintes se posent de nombreuses questions sur leur sexualité pendant la grossesse, mais elles ne sont pas les seules. Comme nous venons de le voir, leurs conjoints se posent également beaucoup de questions.

Il faut donc pouvoir informer les femmes mais aussi leurs conjoints. On peut rappeler ici la partie théorique sur la place du père, où il était dit qu'il était important d'inclure le futur père aux informations que l'on donne. L'enquête nous le confirme avec 50% des conjoints qui se posent des questions (Graphique 15).

Le pourcentage de sages-femmes préférant parler de sexualité en présence du conjoint n'est pas significatif : la présence ou non du père ne semble pas influencer sur la décision de la sage-femme à aborder la sexualité (Graphique 5).

2.3. Une information, par qui ?

« Une place particulière doit être faite aux sages-femmes qui, par leur proximité avec la femme et le processus de la maternité, peuvent jouer un rôle positif essentiel » (Pasini, 1974) [20].

2.3.1. La sage-femme

La majorité des sages-femmes (75%) abordent le sujet de la sexualité pendant la grossesse (Graphique 3). Nous l'avons vu dans la 1^{ère} partie de ce mémoire, la sage-femme est la personne idéale pour parler de sexualité avec les femmes enceintes. La sage-femme a **un rôle d'accompagnement** complet, physique, clinique et psychique. La sage-femme a donc un rôle important à jouer dans cette prise de conscience par le couple des éventuelles transformations que vont engendrer la grossesse et le fait de devenir parents. Son intervention peut aider le couple à prévenir les déceptions et les incompréhensions mutuelles, ainsi que les conséquences qui peuvent en découler.

D'après le graphique 7, les sages-femmes sont 89% à se considérer comme un interlocuteur privilégié pour aborder le sujet de la sexualité pendant la grossesse. Je vais me servir des commentaires des sages-femmes pour étayer cette partie.

Les sages-femmes sont plus **disponibles**, moins pressées que le gynécologue. Elles ont donc plus le temps d'aborder ce sujet avec la femme enceinte.

La sage-femme est le professionnel de santé que la femme voit le plus souvent pendant sa grossesse, grâce à son champ de compétences élargi. La femme enceinte peut être amenée à voir une sage-femme en consultations prénatales, en échographie, en séances de préparations à la naissance, en consultations d'urgence, en salle de naissance et enfin en maternité. C'est le référent médical que la femme voit le plus souvent pendant la grossesse.

La sage-femme entre vraiment dans l'intimité du couple de par ses fonctions : la grossesse suppose une sexualité, la sage-femme étant spécialiste de la grossesse, CQFD. Notre spécificité médicale et relationnelle permet donc aux femmes de nous poser leurs questions autant sur le plan physique que psychologique.

Il est tout de même important de noter que 11% des sages-femmes ne se considèrent pas comme un interlocuteur privilégié. Sur les 9 sages-femmes ayant cette opinion, seules 2 ont expliqué leur choix : pour l'une, la sage-femme n'est pas plus privilégiée que le gynécologue et le psychologue, et pour l'autre, c'est un sujet à aborder mais il n'est pas central dans la prise en charge de la femme enceinte. Comme je n'ai pas les explications des 7 autres sages-femmes, il m'est difficile de comprendre pourquoi elles ne pensent pas être un interlocuteur privilégié.

2.3.2. Quelle sage-femme ?

Y a-t-il un « type » de sage-femme qui se profile plus ?

L'âge des sages-femmes et leur champ d'exercice ne les influencent pas à aborder ou non le thème de la sexualité (Graphique 1 et 2).

2.3.3. Leur formation

- Formation initiale

Seulement la moitié des sages-femmes (55%) ont eu une formation initiale sur le thème de la sexualité pendant la grossesse (Graphique 8). Parmi celles-ci, la majorité a rapporté que cette formation a été insuffisante. Comme nous l'avons vu en 1^{ère} partie, d'après le programme officiel de l'enseignement théorique de la 2^{ème} phase des études de sage-femme, les thèmes abordés nous enseignent plutôt une culture générale en matière de sexologie. De plus, ce programme a été créé en 2001 et la sexologie ne faisait pas partie des programmes précédents. Je pense que ce cours se fait peut-être un peu tard dans la formation de sage-femme, en 3^{ème} ou 4^{ème} année. Le placer en 1^{ère} phase serait judicieux afin de pouvoir mieux comprendre que la sexualité fait partie intégrante du rôle de la sage-femme.

Une solution à la formation des sages-femmes serait d'inclure un enseignement plus pratique : on pourrait y intégrer des situations concrètes et des mots à employer pour la mise en place d'un dialogue autour de la sexualité avec la femme enceinte.

- Formation continue

Très peu de sages-femmes, seulement 8%, ont fait une formation complémentaire sur ce sujet dans le cadre de la formation continue (Graphique 9). Parmi celles-ci, 4 sur 7 l'ont faite avec Docteur Waynberg.

Une solution serait de multiplier les formations continues.

Il existe un Diplôme Universitaire (DU) de sexologie qui est ouvert aux sages-femmes. Une sage-femme m'a dit qu'elle avait commencé le DU de sexologie mais qu'elle n'avait pu faire que 6 mois en raison du coût élevé de la formation et de la non prise en charge des frais par son service. Si les établissements de santé ne s'intéressent pas à la formation des sages-femmes en sexologie, comment les sages-femmes peuvent-elles rester motivées à demander ces formations ?

Ma seconde hypothèse est confirmée : les sages-femmes manquent de formation en sexologie et plus particulièrement sur la sexualité de la femme enceinte et, par conséquent, des incidences de la sexualité sur la grossesse.

2.3.4. Les sages-femmes qui n'abordent pas la sexualité

Pour les 25% n'abordant pas le sujet, les raisons sont variables : on note la pudeur, le manque de qualification, le manque de temps ou encore le manque d'occasions (Graphique 6 et Tableau II).

Parler de sexualité pour un professionnel de santé peut être délicat en fonction de sa propre culture et de son propre rapport à la sexualité. Il peut être gêné d'aborder ce sujet, surtout s'il ne se sent lui-même pas à l'aise dans ce domaine.

2.4. Une information, quand ?

Le pourcentage de femmes ayant eu besoin d'un dialogue avec un professionnel de santé sur le sujet de la sexualité pendant la grossesse est sensiblement identique en fonction des trimestres de la grossesse (21% au 1^{er} et au 3^{ème}, 15% au 2^{ème}). Cependant, on peut corréler la baisse de demandes au 2^{ème} trimestre avec le fait cité en partie

théorique (pages 11 et 12) disant que c'est au 2^{ème} trimestre que les femmes enceintes sont le plus à l'aise avec leur corps et leur sexualité.

De plus, 43% en ont eu besoin tout le long de la grossesse. On peut se demander s'il y a un meilleur moment pour aborder ce sujet. Etant donné que les femmes se posent des questions du début à la fin de la grossesse, il serait important de commencer à en parler tôt dans la grossesse et de poursuivre ce dialogue tout le long en fonction des attentes des femmes (Graphique 14).

2.4.1. Les séances de préparation à la naissance

Les séances de préparations à la naissance se déroulent en groupe ou individuellement. Elles ont pour rôle, entre autres, d'informer les couples sur les modifications physiques et physiologiques de la femme enceinte. La sexualité en fait donc partie intégrante. Ces séances sont un lieu intéressant pour aborder ce sujet. D'autant plus que le conjoint accompagne souvent la femme enceinte, on peut donc donner une information aux deux. Lors des séances en groupe, la parole est peut-être plus facile. Les femmes peuvent se rendre compte qu'elles ne sont pas les seules à se poser des questions et peuvent, dans ce cas, oser poser leurs questions plus spontanément.

Lors de mon stage chez une sage-femme libérale, celle-ci disait lors des séances de préparation à la naissance que le bébé était dans une poche avec un liquide incompressible, ce qui protège le bébé des chocs extérieurs et donc que le bébé ne ressent pas les « câlins » de ses parents. Par cette simple phrase, les langues se sont déliées et une femme a dit « Je vais enfin pouvoir rassurer mon mari » et une autre en a profité pour demander si elle pouvait avoir des rapports sexuels jusqu'à la fin de sa grossesse.

Je pense donc que les séances de préparation à la naissance sont un moment propice pour parler de la sexualité pendant la grossesse mais elles ont souvent lieu tard, au 3^{ème} trimestre de la grossesse. N'y aurait-il pas un autre moment, plus tôt, pour aborder ce sujet ?

2.4.2. L'entretien prénatal précoce du 4^{ème} mois

Prévu par le plan de périnatalité, l'objectif de cet entretien est de mettre en place de façon précoce un dialogue permettant l'expression des attentes et besoins des futurs parents. Il est réalisé par une sage-femme en maternité publique, privée ou en secteur libéral, et dure de 45 minutes à 1 heure. C'est un entretien d'écoute et d'échange (il n'y a pas d'examen médical) permettant l'instauration d'un climat de confiance. Il permet de pouvoir dépister les risques médicaux, sociaux et psychologiques et d'orienter la femme enceinte vers un professionnel qualifié. Il permet également de mener des actions de prévention. Cet entretien me paraît donc être idéal, par sa définition, pour aborder le sujet de la sexualité pendant la grossesse. En parler tôt pendant la grossesse permet d'anticiper sur les questions que les couples se poseront peut-être vers la fin de la grossesse. De plus, c'est le moment où les femmes commencent à sentir leur bébé bouger. Il devient plus réel, plus concret, elle prend conscience du corps du bébé.

2.4.3. A n'importe quel moment de la grossesse

En dehors de l'entretien prénatal précoce du 4^{ème} mois et des séances de préparations à la naissance, on peut aborder le sujet de la sexualité à tout moment de la grossesse.

S'il y a une contre-indication aux rapports sexuels pendant la grossesse en raison d'une pathologie obstétricale, il faut que la sage-femme ou le gynécologue en parle aux couples, il faut leur rappeler qu'il y a d'autres moyens possibles (en dehors de la pénétration) : les caresses, les massages, la masturbation ou encore tout autre dialogue érotique que peut s'inventer le couple.

Si la femme est suivie par une sage-femme pendant la grossesse, toute consultation se prête à parler de ce sujet. Je ne parle pas des consultations avec un gynécologue parce que ceux-ci manquent souvent de temps et que la consultation est axée essentiellement sur le l'aspect purement obstétrical. A l'approche du terme, on peut parler au couple de la méthode dite « méthode italienne » : elle consiste à conseiller d'avoir des rapports sexuels pour accélérer le début de travail.

2.5. Une information, comment ?

Au vu des résultats des 2 enquêtes, ma 3ème hypothèse est vérifiée : les sages-femmes n'abordent pas ou peu le sujet de la sexualité pendant la grossesse.

Je me suis demandé qu'elle est la meilleure manière d'aborder le sujet de la sexualité et d'apporter une information adéquate. Nous l'avons vu plus haut, l'information doit être accessible à tous les couples, chaque couple étant différent, il n'existe pas d'information idéale. Je vais donc tout de même essayer de dégager quelques pistes pour savoir comment donner une information aux couples.

2.5.1. Systématiquement

Parmi les 75% des sages-femmes qui abordent le sujet de la sexualité pendant la grossesse, la plupart (88%) ne le font qu'en répondant aux questions. Seules 12% abordent le sujet systématiquement (Graphique 4).

Or, 47% des femmes ont rapporté qu'elles auraient eu envie à un moment d'avoir un dialogue avec un professionnel de santé sur ce sujet.

Je soulignerai ici un point primordial de mes entretiens semi-directifs : parmi les 53% qui ont répondu de pas avoir eu besoin d'un dialogue, la moitié a changé d'avis à la fin de l'entretien « maintenant que j'y réfléchis, en effet, si on m'en avait laissé l'opportunité, j'aurais aimé qu'un professionnel aborde ce sujet avec moi ». Les femmes m'ont dit qu'elles n'avaient pas osé poser des questions mais qu'en y réfléchissant, elles en avaient beaucoup, que la pudeur a freiné. Ce qui est important à souligner est que ces femmes ne m'en ont parlé qu'à la fin de l'entretien. Je pense donc qu'avant d'espérer pouvoir amorcer un dialogue sur ce sujet, il faut créer un climat de confiance. On peut parler d'empathie, c'est-à-dire d'adopter une attitude ouverte. Il faut avoir une grande disponibilité, ne pas avoir d'apriori ni de préjugés. Cette façon de mener l'entretien devrait aider à l'expression spontanée de la femme enceinte ou du couple.

Une solution serait donc d'aborder le sujet. En effet, certaines femmes n'oseront pas poser des questions par pudeur ou parce qu'elles craignent de ne pas être « normales ».

Il est donc important de donner une **information systématique**. Il reste à savoir quels mots utiliser.

Si on analyse les mots qu'utilisent les sages-femmes pour aborder ce sujet, on remarque qu'il y a plusieurs catégories (Tableau I). Certaines sages-femmes donnent une information en partant d'une phrase large « la grossesse, c'est la vie qui continue », libre au couple de rebondir sur cette phrase. D'autres posent la question plus spontanément « comment se passent vos relations sexuelles depuis le début de la grossesse ? ». D'autres encore n'abordent le sujet que s'il y a des contre-indications en raison d'une pathologie quelconque.

La façon d'aborder le sujet varie en fonction de chaque sage-femme et le plus important est qu'elle doit être adaptée à chaque femme ou couple. Avec certains, on peut poser la question directement alors que cela peut choquer d'autres. Il n'y a pas de meilleurs mots que d'autres. Le plus important est d'être à l'écoute et de poser des questions ouvertes afin de laisser place au dialogue. En effet, poser une question fermée n'a aucun intérêt, la femme répondra oui ou non mais ne dira rien de plus. C'est donc à nous professionnels d'amorcer la discussion avec une question ouverte.

Il faut donc s'adapter et l'adaptation n'est-elle pas une qualité primordiale dans la profession de sage-femme ?

2.5.2. Avec une brochure

Une autre solution que je proposerai est de distribuer une brochure d'information pour les couples. Ces brochures sont rares, je n'en ai pas vu dans les hôpitaux où j'ai réalisé mes stages. Je vais donc, en finalité de mon travail, élaborer une brochure que les professionnels pourront distribuer aux couples pendant la grossesse. Cette brochure comportera les réponses aux questions principales que se posent les couples sur leur sexualité pendant la grossesse (pour ceci, je me servirai des éléments rapportés lors de mes entretiens semi-directifs).

Je pense que cette brochure est un bon moyen pour aborder le sujet de la sexualité avec les couples, il est plus facile de dialoguer en se référant à un support écrit. De plus, cela permettra aux couples ayant plus de pudeur et n'osant pas parler de ce sujet, de pouvoir recevoir tout de même l'information. Il y a internet, c'est vrai, mais sur la toile, il est

difficile de faire la différence entre les idées médicales et celles émanant des forums de discussion.

Cette brochure permettra d’anticiper les questions des femmes et des couples et de leur servir de document de référence. Elle doit être attractive, conviviale et lisible afin que les couples puissent profiter de son contenu.

Cette plaquette rejoint le but fixé par la loi HPST dans la coordination des actions de prévention et d’éducation de la santé sexuelle. Vous trouverez cette brochure sur la dernière page du mémoire.

CONCLUSION

La sexualité reste un sujet trop peu abordé pendant la grossesse de par son caractère intime et de par le manque d'informations des professionnels de santé et des sages-femmes en particulier. Nul doute que la maternité soit une étape importante de la vie des femmes enceintes et des couples, mais est-il besoin d'y sacrifier sa vie affective et sexuelle ? Il m'a paru utile d'y réfléchir et d'apporter des éléments de réponses objectifs à ce questionnement. Mon but dans ce mémoire a été d'interroger sur ce thème à la fois les femmes et les sages-femmes.

L'enquête et son analyse se développent sur 3 axes : la pertinence réelle de la « question sexuelle » pour les femmes et leurs conjoints d'une part, et d'autre part le rôle pédagogique des sages-femmes et leur formation universitaire et post-universitaire.

L'analyse des résultats est concluante sur les 3 hypothèses encadrant mon travail: les couples sont manifestement concernés par la sauvegarde de leur vie privée mais ils manquent d'informations élémentaires et de repères rassurants pour tirer partie de cette période exceptionnelle de leur vie, les sages-femmes n'abordent pas ou peu ce sujet avec les patientes et elles manquent de formation adéquate.

Des recommandations d'ordre pédagogique doivent être tirées de ce type d'enquête afin que les sages-femmes aient les moyens d'accomplir un accompagnement plus global des couples, mais elles sortent du cadre de mes compétences. Par contre, je crois pouvoir apporter un début de réponses à cette évolution nécessaire du champ d'exercice de ma future profession en proposant comme conclusion de cette modeste étude une plaquette d'informations destinée au grand public. Même sans avoir une formation conséquente, la sage-femme peut accompagner le couple en lui rappelant que la complicité, l'échange et le dialogue transforment la grossesse en une expérience plus riche et plus épanouissante, permettant ainsi que chaque futur parent trouve sa place.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] TARDIEU Nicolas. Grossesse et sexualité à travers l'histoire. Edition Connaissances et Savoirs, 2004, 68 pages.
- [2] MASTERS William H. & JOHNSON Virginia B. Les réactions sexuelles. Edition Laffont, Paris, 1968, 280 pages.
- [3] PASINI Willy. Sexualité et gynécologie psychosomatique. 2 tomes. Edition Masson, Paris, 1974, 231 pages et 1983, 233 pages.
- [4] ROSTAND Jean. Maternité et biologie. Edition Gallimard, Paris, 1966, 179 pages.
- [5] SCHREIBER Marie-Laure. *Futurs parents et amants ou la sexualité pendant la grossesse*. Mémoire école de sages-femmes de Metz, promotion 1986-1990. 54 pages.
- [6] GONDONNEAU Jean. La sexualité de la femme enceinte. Edition Balland, Bibliothèque du planning, 1973, 124 pages.
- [7] RUOL Katy-line. *Extraits de mémoire : L'amour en attendant*. Les Dossiers de l'Obstétrique, janvier 2000, n°279, pages 5-21.
- [8] LORSON Justine. *Sexualité et grossesse... Quand 1+1=3*. Mémoire école de sages-femmes Nancy, promotion 1997-2001. 90 pages.
- [9] WIKIPEDIA. Rapport sexuel [en ligne]. Disponible sur : http://fr.wikipedia.org/wiki/Rapport_sexuel (consulté le 02-02-2010).
- [10] WAYNBERG Jacques. Guide pratique de sexologie médicale. Edition Simep, 1994, 135 pages.

[11] VULGARIS. Orgasme féminin [en ligne]. Disponible sur <<http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie/orgasme-feminin-sexologie-9361.html>> (consulté le 02-02-2010)

[12] S. REICHENBACH, F. ALLA, J. LORSON. *Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse, une étude pilote portant sur 72 hommes*. Sexologies, volume XI, n°42, pages 1-6.

[13] WALTHER Helena. Désir et grossesse, sexualité de la femme enceinte. Les éditions du Toucan, 2008, 185 pages.

[14] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009, page 12184, texte n° 1.

[15] MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE ET MINISTERE DE LA SANTE. Arrêté du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sage-femme. JORF n°294 du 19 décembre 2001, page 20115, texte n° 21.

[16] CARREFOUR NAISSANCE. La sexualité pendant la grossesse [en ligne]. Disponible sur :
<<http://users.swing.be/carrefour.naissance/Articles/refl/sexualitepgtgrossesse.htm>>
(consulté le 10-12-2009).

[17] DOCTISSIMO. Sexualité et grossesse, résumé de 2 articles Obstetrics & Gynecology, 20 ; 97, 2 : 283-289 et Am. J. Obstet. Gyn.; 168 : 514-519 [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.doctissimo.fr/html/sexualite/mag_2001/mag0413/se_3807_grossesse_rapports.html> (consulté le 12-12-2009).

[18] NATISENS. Les fausses couches précoces [en ligne]. Disponible sur :
<http://www.natisens.com /Articles/Durdur/FC/FC_pourquoi_nous.html> (consulté le 05-01-2010)

[19] VULGARIS. Placenta praevia [en ligne]. Disponible sur : < <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedia/placenta-praevia-3684/traitement.html>> (consulté le 05-01-2010)

[20] CROUZET Charlotte. *Réflexion concernant la place de la sage-femme dans la sexualité du couple*. Les Dossiers de l'Obstétrique, mars 2006, n°347, p 6-8.

Autres références :

WAYNBERG Jacques. *Les sages-femmes sont dans le secret des familles*. Profession Sage-femme, février 1999, n°54 février, p 12-14.

WAYNBERG Jacques. *Objet et limite de la sexologie pour les sages-femmes*. Les Dossiers de l'Obstétrique, juin 1991, n°185, p31-32.

MESSAGER Colette. *Etre mère et rester femme*. Les Dossiers de l'Obstétrique, février 1994, n°124, p27-29.

SCHEBBAT Claude. *Le corps de la femme enceinte et ses rapports avec la sexualité au cours de la grossesse normale*. Les Dossiers de l'Obstétrique, janvier 1995, n°224, p28.

BARBAUT Jacques. *Histoires de la naissance à travers le monde*. Edition Plume, 1990, 190 pages.

ANNEXE 1

ANNEXE 2

RESUME

Devant les mesures insuffisantes et les carences de références sur le thème de grossesse et sexualité, j'ai décidé de m'intéresser à ce sujet.

En tant qu'élèves sages-femmes et futures sages-femmes, nous avons un rôle primordial dans l'information et dans l'accompagnement. Or la sexualité fait partie intégrante de la maternité. J'ai étudié la question encore controversée du rôle pédagogique de la sage-femme auprès des femmes enceintes qui s'interrogent sur la qualité de leur vie privée durant la grossesse à travers 2 enquêtes, une auprès des sages-femmes et l'autre auprès des femmes enceintes ou accouchées.

L'analyse des résultats est concluante : les femmes enceintes et les couples manquent d'informations sur la sexualité pendant la grossesse et les sages-femmes sont encore trop peu nombreuses à aborder le sujet avec eux. Comment peut-on l'expliquer ? Vraisemblablement, le peu de formations (initiale et continue) semble être le facteur prédominant de cette situation qui peut apparaître comme un désistement.

Pour améliorer ce dialogue entre les couples et les sages-femmes, j'ai élaboré une brochure d'information qui répond aux principales questions que les couples se posent sur leur sexualité pendant la grossesse qui pourra servir de document référent pour aborder ce thème.