

**UNIVERSITE D'ANGERS,**

UFR des Sciences médicales

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES - RENE ROUCHY**

## DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE FEMME

### **MODIFICATIONS DES PRATIQUES SEXUELLES PENDANT LA GROSSESSE CHEZ LA FEMME.**

Etude rétrospective analytique de 108 patientes du Centre Hospitalo-Universitaire  
d'Angers du 22 octobre au 11 novembre 2013.

Présenté par : GABORIAU Solène

Sous la direction de Mme GAUDIN Catherine

Soutenu le 25 avril 2014 en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Année 2014



Université d'Angers,

UFR des Sciences médicales

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES - RENE ROUCHY**

## DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE FEMME

### **MODIFICATIONS DES PRATIQUES SEXUELLES PENDANT LA GROSSESSE CHEZ LA FEMME.**

Etude rétrospective analytique de 108 patientes du Centre Hospitalo-Universitaire  
d'Angers du 22 octobre au 11 novembre 2013.

Présenté par : GABORIAU Solène

Sous la direction de Mme GAUDIN Catherine

Soutenu le 25 avril 2014 en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Année 2014

## Remerciements

*Au travers de ces quelques lignes, je tiens à remercier*

Madame GAUDIN Catherine ma directrice de mémoire pour sa disponibilité et son aide.

Madame ROCHER Sophie pour tous ses précieux conseils, pour sa disponibilité, son soutien et ses encouragements.

Toutes les personnes, anonymes ou non, qui ont contribué à la réalisation de ce travail, notamment Madame FRISQUE Dominique, Madame NARDIN Katia, Madame BUFFET Dolores et Madame HAVET Valérie.

Madame SADI Laurence pour sa gentillesse et son dévouement ainsi que l'équipe enseignante.

Ma famille et mes amis pour leur présence et leur écoute, et plus particulièrement Céline et Samuel, pour leurs relectures et leurs remarques.

#### ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné(e) GABORIAU Solène, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d  une partie d  un document publiés sur toutes formes de support, y compris l  internet, constitue une violation des droits d  auteur ainsi qu  une fraude caractérisée. En conséquence, je m  engage    citer toutes les sources que j  ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>4</b>
<b>ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT.....</b>	<b>5</b>
<b>GLOSSAIRE.....</b>	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
<b>I REVUE DE LA LITTERATURE.....</b>	<b>11</b>
I.1 GENERALITES SUR LA SEXUALITE CHEZ LA FEMME.....	11
I.1.1 Définition de la sexualité/comportement sexuel chez l'Homme.....	11
I.1.2 Physiologie du rapport sexuel.....	12
I.2 SEXUALITE ET GROSSESSE.....	15
I.2.1 Historique de la sexualité pendant la grossesse .....	15
I.2.2 Modifications physiques pouvant avoir une influence sur la sexualité.....	16
I.2.3 La physiologie du rapport sexuel pendant la grossesse.....	18
I.2.4 Psychologie de la grossesse .....	19
<b>II ENQUETE .....</b>	<b>22</b>
II.1 MATERIEL ET METHODE .....	22
II.2 RESULTATS .....	24
II.2.1 Description de la population.....	24
Gestité-Parité .....	24
Age de la mère.....	24
Situation de famille .....	24
Pratique d'une religion .....	24
Niveau d'études .....	24
Activité professionnelle.....	24
II.2.1.1 Antécédents .....	25
II.2.1.2 Le sujet de la sexualité .....	25
II.2.2 Pendant l'année précédant la grossesse .....	25
II.2.2.1 Positions sexuelles.....	25
II.2.2.2 La sexualité .....	25
II.2.2.3 Difficultés sexuelles .....	25
II.2.2.4 Demandes de relations sexuelles.....	26

II.2.3	<i>Pendant la grossesse</i> .....	26
II.2.3.1	L'annonce de la grossesse .....	26
II.2.3.2	Changements dans la sexualité des couples .....	26
II.2.3.3	Positions sexuelles pendant la grossesse .....	29
II.2.3.4	Symptômes de grossesse .....	30
II.2.3.5	Adaptation des couples.....	30
II.2.3.6	Evolution des rapports sexuels durant la grossesse.....	30
II.2.3.7	Peurs pendant la grossesse .....	31
II.2.3.8	Influence de l'image corporelle et du fait de porter un bébé sur la femme et sur l'homme (selon la femme) .....	31
II.2.3.9	Influence des mouvements du fœtus .....	32
II.2.3.10	Satisfaction vis-à-vis de la sexualité .....	32
II.3	DISCUSSION .....	33
II.4	CONCLUSION .....	39
	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>40</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>42</b>
	<b>RESUME.....</b>	<b>52</b>

## **Glossaire**

GEU : grossesse extra utérine

MAP : menace d'accouchement prématuré

PMA : procréation médicalement assistée

RPM : rupture prématurée des membranes

# Introduction

Aujourd'hui, la sexualité est omniprésente. Utilisée comme accroche par les médias et la publicité, elle est un sujet largement diffusé. Paradoxalement, la société en parle peu car, bien que ce soit un sujet de moins en moins tabou, elle n'en reste pas moins complexe et délicate à aborder. Ce fait s'accroît lors de la survenue d'une grossesse et de ses chamboulements physiques, psychologiques et environnementaux qui font naître de multiples interrogations.

Le sujet de la sexualité est peu abordé pendant la grossesse et les couples font face à des changements importants dont ils parleront peu.

Selon l'OMS, « la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé », il serait donc juste d'intégrer ce sujet lors d'une consultation. C'est pourquoi, les professionnels de la santé et plus particulièrement les sages-femmes ont un rôle important à jouer pendant la grossesse via leur place privilégiée. En effet, leur capacité à entrer au cœur de l'intimité des couples leur permet de mettre en place un cadre rassurant afin que ceux-ci surmontent leurs difficultés et s'épanouissent dans leur nouvelle vie.

L'objectif de cette étude était de connaître en quoi la grossesse modifie les pratiques sexuelles, son impact sur la sexualité, ainsi que le ressenti des patientes à ce sujet. Le recueil des expériences des patientes, leurs impressions, leurs peurs et la comparaison aux données de la littérature nous aideront à le déterminer.

L'hypothèse principale était que malgré les difficultés, les couples continuaient d'avoir une activité sexuelle plus ou moins satisfaisante tout au long de la grossesse.

Pour mieux appréhender ce travail, nous allons d'abord esquisser, d'après la littérature, la sexualité de la femme, du désir, du plaisir et leur alchimie lors du rapport sexuel.

Cette courte présentation va ensuite permettre de s'arrêter sur la sexualité féminine pendant la grossesse. D'abord en dressant un constat historique des conceptions philosophiques, religieuses, et médicales de la sexualité féminine. Puis en décrivant les modifications physiques pouvant avoir une influence sur la sexualité et en s'attardant plus précisément sur la physiologie du rapport sexuel. Enfin, la psychologie de la grossesse est abordée dans un dernier développement.

L'enquête qui a été menée est expliquée d'un point de vue méthodologique. De ses résultats découle une discussion qui nous amène à faire quelques propositions pour tenter

d'améliorer nos pratiques professionnelles notamment concernant l'accompagnement des femmes et des couples sur ce sujet.

# **I Revue de la littérature**

## **I.1 Généralités sur la sexualité chez la femme**

### **I.1.1 Définition de la sexualité/comportement sexuel chez l'Homme**

D'après le Larousse, la sexualité est « l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe, que l'on peut observer dans le monde vivant ». C'est l'ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle. »(1)

L'OMS fait une définition de la santé sexuelle qui « fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble ». « C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités ». (2)

La sexualité est un sujet difficile à définir. Pour cela il est nécessaire de prendre en compte ses différentes composantes s'organisant autour de l'inné et de l'acquis :

- une base génétique avec des facteurs organiques locaux, pelvi-périnéaux, des facteurs neurologiques, une imprégnation hormonale, etc.,
- un apprentissage structurant la sexualité adulte avec des facteurs psychologiques, sociologiques, environnementaux, spirituels, culturel et généraux (l'âge, la parité, une dorsalgie etc.). (3)(4)(5)

Le comportement sexuel est composé de quatre phases :

- 1) la sélection du partenaire : signaux de la rencontre et identification du partenaire.
- 2) l'approche sensorielle qui met en jeu tous les systèmes sensoriels.
- 3) le comportement coïtal proprement dit
- 4) le post-coït qui contribue au climat amoureux.

Les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation font partie intégrante d'une activité sexuelle dite normale. (6)

## I.1.2 Physiologie du rapport sexuel

Les travaux réalisés par Masters et Johnson en 1966 par observations et mesures des réactions sexuelles d'hommes et de femmes ont permis de décrire quatre phases lors du rapport sexuel : excitation, plateau, orgasme et résolution. (7)

Helen Kaplan, en 1974, introduit une phase supplémentaire précédant celle de l'excitation : celle du désir. (7)

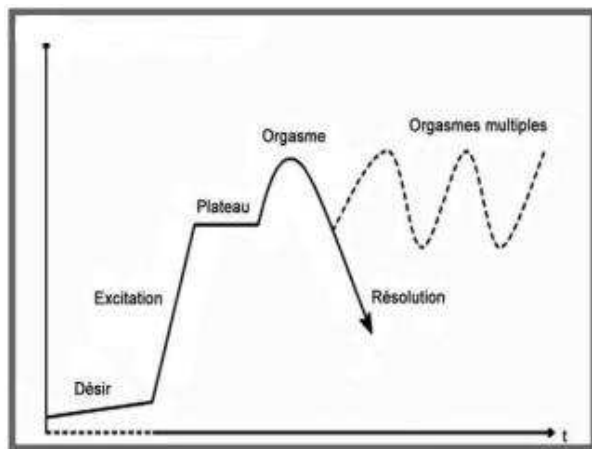


Figure n°1 : cycle de la réponse sexuelle chez la femme

Dans le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), la réponse sexuelle de l'homme et de la femme se compose de quatre phases qui seront décrites ci après : (7) (8)

### 1- Désir

Lorsqu'on parle de sexualité chez l'homme, on ne peut éviter la notion de désir qui est à la base de toute sexualité. Encore appelé libido, pulsion ou appétit sexuel, il possède trois dimensions :

- le désir biologique naît dans le cerveau et est régulé par les stéroïdes sexuels, la prolactine, les hormones thyroïdiennes. Le neurotransmetteur (dopamine) est modulé par les endorphines.

- le désir motivationnel module les aspects pulsionnels et biologiques. C'est la quête des avantages procurés par l'activité sexuelle en fonctions des besoins émotionnels et affectifs.

- le désir cognitif fait intervenir une balance bénéfices/risques de l'activité sexuelle (souhaits et risques en jeu dans le comportement sexuel). Il va moduler le désir biologique et motivationnel. (9)

## 2- Excitation

Il s'agit d'une excitation par des stimulations physiques et psychologiques qui peuvent être séparées ou conjointes.

L'excitation génère une vasodilatation qui induit une vasocongestion génitale responsable d'une lubrification vaginale par transsudation. On peut observer un phénomène de ballonnisation du fond vaginal. Celle-ci consiste en une dilatation des culs de sacs vaginaux avec une contraction des muscles péri-vaginaux qui crée ainsi un gradient de pression intra vaginal. On observe aussi une érection clitoridienne avec une coloration et une augmentation de volume des petites lèvres ainsi qu'un écartement des grandes lèvres. Une érection mamelonnaire se produit aussi avec une turgescence de l'aréole et parfois une congestion mammaire. Tout ceci s'accompagne d'une accélération du rythme cardiaque, d'une augmentation de la tension artérielle et de la fréquence respiratoire. (4) (9)

## 3- Orgasme

Par définition, le plaisir est un état émotionnel agréable qui naît de l'apaisement d'une tension organique ou psychique. On pourra observer différentes nuances du plaisir d'organe : délicieux, sensuel, voluptueux, érotique, jouissif, voire orgasmique. Il est couplé au désir à la base du comportement. Selon Cabanac, l'homme ayant un besoin de plaisir, il va agir de manière à maximiser le plaisir et minimiser le déplaisir dans la recherche du bien-être global. (10)(11)

L'orgasme est le phénomène automatique terminal de l'excitation sexuelle portée au plus haut degré. Pour le définir précisément, il faut décrire ensemble les changements génitaux et périphériques et les composantes émotionnelles et mentales de l'acmé du plaisir sexuel.

Ce phénomène réflexe non conscient fait intervenir les structures sous-corticales, le système limbique et le cortex préfrontal. Celui-ci est le modulateur cognitif qui permet ou non la diffusion de l'excitation et la progression de l'orgasme. Il est donc sous-tendu par l'affectif et l'émotionnel qui se renforcent en fonction du cycle et du statut hormonal.

Chez la femme, il existe principalement deux situations menant à l'orgasme :

- une stimulation clitoridienne (chez la plupart des femmes) : ce sont des sensations focalisées et intenses, ressenties comme étant plus vives et satisfaisantes physiquement.

- une stimulation vaginale (coïtale) : ce sont des sensations plus diffuses, telles des vibrations à travers le corps tout entier, qui durent plus longtemps et sont plus satisfaisantes psychologiquement.

Il est nécessaire de préciser que l'une et l'autre, quelle que soit leur origine, restent des orgasmes. En effet, les études jusqu'à ce jour montreraient que ces orgasmes sont tous les deux liés sur le plan physiologique. Le clitoris, via des ligaments, serait solidaire du point G (partie antérieure du vagin proche de l'urètre) lors des mouvements de va et vient du pénis. Ceci permettrait de constituer une entité anatomophysiologique unique. (12)

Au niveau clinique, on pourra observer des contractions rythmiques du vagin, de l'utérus, du sphincter anal, et des modifications du flux sanguin clitoridien et vaginal.(7)

#### 4- Résolution

C'est la phase durant laquelle le corps revient à l'état de repos. Il se produit une décongestion génitale. Contrairement aux hommes, les femmes n'ont pas de période réfractaire (ou très courte), ce qui peut leur permettre d'avoir de multiples orgasmes successifs.(7)

## **I.2 Sexualité et grossesse**

### **I.2.1 Historique de la sexualité pendant la grossesse**

Les écrits faisant la corrélation entre sexualité et grossesse sont peu nombreux et les conseils divergent selon les auteurs. Cependant, on constate que depuis l'antiquité, la sexualité avec l'épouse en vue de la procréation, est distinguée de celle avec les maîtresses et esclaves pour le plaisir. On considère que l'homme traite son épouse en maîtresse si la finalité de l'acte conjugal n'est pas la procréation. (13) Les rapports sexuels avec la gestante sont considérés comme un danger pour la grossesse car ils sont à risque de fausses couches ou de superfétations au début de la grossesse (conceptions monstrueuses issues de plusieurs fécondations successives). En fin de grossesse, on craint que le coït ne rompe la poche des eaux, laissant s'écouler le liquide amniotique qui constituerait un lubrifiant nécessaire au bon déroulement de l'accouchement. Les rapports sexuels sont également déconseillés afin d'éviter que le bébé ne prenne une mauvaise position. On estime aussi qu'ils peuvent engendrer des complications de la grossesse voire la compromettre. De plus, étant admis que les femmes enceintes seraient plus « libidineuses » qu'à l'ordinaire, les douleurs de l'accouchement seraient proportionnelles à leur vertu pendant la grossesse. (14)

A contrario, certaines notions autorisant les rapports sexuels, telles que le modelage de l'enfant par le père dans le ventre maternel, ou sa préparation pour l'accouchement grâce aux secousses lors des rapports, sont également retrouvées. (14)

Dans l'Ancien et le Nouveau Testament il n'y a pas de notion d'interdit sur la sexualité pendant la grossesse. Les chrétiens se sont donc référés à la philosophie stoïcienne qui autorise les rapports sexuels dans un but exclusif de procréation ; l'utilisation hédonique des organes sexuels était ainsi qualifiée de « contre nature », par opposition à « l'ordre naturel » divin. Une fois la grossesse débutée, et une autre fécondation n'étant plus possible, on considèrerait que les rapports n'avaient donc plus lieu d'être. Cette philosophie s'appuie également sur l'éthologie pour déconseiller l'accouplement une fois que la gestation a débuté. La dangerosité du coït pour le fœtus ainsi que la souillure de celui-ci par la semence du père sont évoqués. On considère aussi la femme comme impure car elle porte en elle un être non baptisé et donc considéré comme malfaisant et diabolique. (14) (15)

## **I.2.2 Modifications physiques pouvant avoir une influence sur la sexualité**

Au niveau des seins, l'augmentation de volume et de la sensibilité mammaire donne souvent une sensation de lourdeur et de tension dès le début de la grossesse. Les alvéoles et les mamelons sont hyperpigmentés et douloureux, le réseau veineux est visible. Tout ceci donne à la poitrine des formes flatteuses plus érotiques, ce qui peut générer une augmentation de la libido chez l'homme comme chez la femme qui se sent plus féminine. Cependant la tension mammaire, l'hypersensibilité et dans certains cas, l'apparition de vergetures sont susceptibles de créer une baisse de désir. Les couples vont devoir s'adapter aux modifications de la sensibilité de la femme vis-à-vis des stimuli et des caresses qui entraînent parfois des malentendus. (16)

L'utérus augmente progressivement de volume, restant en position pelvienne les deux premiers mois de grossesse avant d'adopter une position abdominale dès le troisième mois. Au deuxième trimestre, il peut constituer une gêne potentielle. Cependant, c'est surtout au troisième trimestre qu'il est source d'inconfort : de par son volume et de par sa position. En effet, les autres organes abdominaux sont déplacés voire comprimés, notamment l'aorte et la veine cave inférieure. Ainsi, la femme supportera mal le décubitus dorsal, ce qui empêchera certaines positions sexuelles : celle dite « du missionnaire » est déconseillée à partir du 5<sup>e</sup> mois. Les positions confortables au 3<sup>e</sup> trimestre seront donc les positions latérales (côte à côte) et les positions postérieures. Ces positions postérieures sont plus ou moins appréciées par les femmes ne les ayant pas ou peu pratiquées auparavant car, l'environnement contenant du conjoint visuellement absent est remplacé par un vide. Elles peuvent alors avoir la sensation d'avoir un rapport plus bestial qu'amoureux. On note également que le col de l'utérus étant très vascularisé, de petits saignements peuvent survenir lors de la pénétration et perturber le couple. (17)

La pigmentation de la vulve augmente, la muqueuse vaginale s'épaissit. Les lèvres, le clitoris et le vagin sont congestionnés par l'hypervolémie, l'hyperpression veineuse pelvienne et un phénomène de compression de la veine cave inférieure par l'utérus gravidé. La lubrification vaginale est augmentée, surtout au second trimestre. De plus le vagin va subir des modifications anatomiques : la ballonnisation du fond vaginal qui se produisait durant la phase d'excitation en dehors de la grossesse reste constant pendant celle-ci. Les zones

érogènes primaires sont donc plus sensibles mais aussi moins accessibles à cause de l'œdème, ce qui va modifier les réactions sexuelles. (16) (17)

Sous l'influence des sécrétions hormonales, la pigmentation de la peau est accentuée : comme nous l'avons vu précédemment, ce phénomène se produit au niveau des mamelons, aréoles, des régions vulvaire et péri-anale. On peut également observer un embellissement des cheveux grâce aux oestrogènes, une ligne brune, un chloasma (ou masque de grossesse), de l'acné, et chez plus de la moitié des femmes, des vergetures. Selon les modifications, l'image corporelle va être bouleversée, l'acné et les vergetures ont un effet négatif pour la femme qui ne se sent pas désirable et pour l'homme qui ne reconnaît pas sa compagne sexuelle, tandis que la peau et les phanères peuvent participer à la naissance du désir. (17)

Le désir qui, rappelons-le est à la base de la sexualité, est sous l'influence des hormones : les oestrogènes ont une action le favorisant contrairement à la progestérone qui crée un climat peu propice à la libido. Donc, selon la sensibilité des femmes à l'une ou l'autre hormone, le vécu de ces changements sera différent. (17)

D'autres facteurs ont également une influence sur le désir sexuel et donc sur la sexualité du couple selon l'avancée de la grossesse :

- Au premier trimestre, la femme subit des nausées et des vomissements. Elle ressent une hypersomnie, un grand état de fatigue et des modifications du goût et de l'odorat. Le désir peut ainsi être diminué par l'asthénie et la somnolence. (17)

- Lors du second trimestre, la disparition de certains maux, l'augmentation de la lubrification vaginale et la période d'adaptation aux différents changements terminée, permettent au couple de se recentrer et mieux vivre sa sexualité. (17)

- Le troisième trimestre est souvent marqué par un véritable inconfort physique avec une certaine irritabilité, des douleurs lombaires, une fatigue importante, un pyrosis et une prise de poids. Tout ceci engendre fréquemment une diminution du désir et de la fréquence des rapports sexuels. (17)

### **I.2.3 La physiologie du rapport sexuel pendant la grossesse**

#### **1) Phase d'excitation :**

Au premier et au troisième trimestre il y a une diminution du désir et de la lubrification mais ils sont en augmentation au deuxième trimestre. La tension des zones mammaires et pelvienne suite à la vaso-congestion liée à l'excitation est additionnée à celle liée à la grossesse. Elle est difficilement supportable pour certaines femmes, surtout au premier trimestre. (17)

#### **2) Phase en plateau :**

Elle a une durée prolongée (par l'influence de la progestérone). L'engorgement des petites lèvres et du tiers inférieur du vagin réduit l'orifice vaginal qui paraît complètement obstrué. (17)

#### **3) Phase orgasmique :**

Elle est plus difficile à atteindre. Au premier trimestre, une gêne à type de crampes douloureuses au niveau de la ligne médiane du bas ventre et des céphalées peuvent estomper la sensation agréable. On observe une augmentation du nombre d'orgasmes au second trimestre. (17)

Après les rapports, il peut y avoir des contractions au troisième trimestre car l'utérus étant plus irritable, les contractions vaginales et utérines de l'orgasme vont se propager plus facilement. (16)

#### **4) Phase de résolution :**

Avec l'avancée de la grossesse, la tension désagréable de la congestion pelvienne peut persister, rendant l'expérience sexuelle décevante. (17)

## **I.2.4 Psychologie de la grossesse**

Le désir de devenir mère, de devenir père, de devenir parent est dû à l'intrication des fonctions biologiques et psychiques. (18)

P.C Racamier a introduit le concept de parentalité qui englobe tous les mécanismes psychologiques et affectifs à l'œuvre chez tout parent en devenir : « on ne naît pas parent, on le devient ». Cela nécessite un travail psychique important. (18)

Lors de sa maternité, la femme va acquérir une nouvelle identité, elle passe du statut de femme et fille à celui de mère. Le moment de la grossesse est donc un moment de crise identitaire et conflictuelle. Cette crise est nécessaire et vulnérabilisante. (18)

Au premier trimestre, il y a une nidation biologique mais aussi psychique : il est nécessaire d'accepter la présence en soi d'un autre être. Certaines femmes le vivent comme une atteinte à la liberté du moi, elles se sentent parasitées et ont du mal à accepter cet état. Les modifications physiques peuvent ébranler leur perception d'elles-mêmes, elles ont du mal à renoncer à leur corps d'avant. Pour d'autres, ce corps rendu rond par la grossesse est magnifique, elles éprouvent une grande satisfaction. Ce sentiment de plénitude physique ainsi que la disparition des règles, qui porte atteinte au sentiment de féminité, peuvent entraîner une baisse du désir sexuel, contrairement à l'augmentation du volume des seins qui l'accroît. Le regard que l'homme porte sur sa compagne a donc une grande importance. (18)

Il se produit une certaine ambivalence lors de ce premier trimestre. En effet, même dans les cas où la grossesse a été planifiée, désirée par le couple, il y a une soudaine prise de conscience des responsabilités futures. On se sent responsable de la vie d'un autre et on perd la maîtrise des événements futurs concernant notamment le déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Cela peut générer des craintes, des angoisses et des appréhensions par rapport à l'inconnu. Il existe également un phénomène de culpabilisation très présent dès le début de la grossesse. Celui-ci a lieu surtout si la femme ne désirait pas la grossesse, si elle a hésité à la poursuivre, ou encore si elle n'a pas remarqué son état de grossesse pendant un certain temps. « Dans le désir d'enfant, il y a toujours une part de non désir ». (18)(19) La grossesse est donc un moment d'attente calme et mouvementé, joyeux et anxieux/angoissé. (18)

M. Sezjer parle d'une régression aux phénomènes archaïques. Les femmes se replient sur elles-mêmes et ont un besoin de maternage, elles éprouvent un grand besoin de reconnaissance de la part de leur entourage et du corps médical. S'intéressant plus aux qualités protectrices de leur compagnon que celles d'amant, elles vont induire parfois un sentiment de rejet chez leur compagnon. (18)

La venue d'un enfant ramène l'homme et la femme à leur histoire et leur propre enfance. La femme va développer une curiosité nouvelle par rapport à sa propre mère, il y a un processus d'identification aux figures parentales et un travail de reviviscence des conflits parents- enfants. (18)

L'intérêt pour la sexualité peut être diminué par le fait que la femme a d'autres préoccupations : soucis matériels, financiers, professionnels. Elle pense à l'enfant à venir, à l'annonce de la grossesse à l'entourage et à l'attitude nouvelle de celui-ci. Elle va alors avoir une préférence pour la tendresse et les câlins et il est conseillé aux hommes d'être tendres et rassurants. Ou bien, à l'inverse, la fierté d'être enceinte va augmenter son appétit sexuel. (17)

La sexualité va être différente selon que la grossesse ait été désirée ou non, qu'il y ait eu un parcours d'Assistance Médicale à la Procréation (20) ou des antécédents de fausses couches spontanées.

Au second trimestre, la femme s'est adaptée aux différents changements. Elle a intégré l'état de grossesse et le fait que le fœtus est un être à part entière grâce à la perception des mouvements fœtaux, à l'échographie et au ventre qui se voit plus. Serge Lebowici parle d'une construction du bébé imaginaire. Certains maux de grossesse (nausées, vomissements) ont disparu, elle retrouve l'appétit et l'énergie, elle se met à aimer son nouveau corps. Les craintes liées à un risque de fausse couche sont éliminées, et celles concernant l'accouchement sont encore loin dans son esprit. Tout cela ranime donc le désir sexuel. La future mère se réaffirme en tant que femme et l'intensification de la sexualité à cette période la rassure sur son statut et sur son pouvoir de séduction. Il y a un recentrage sur le couple, l'homme et la femme se créent une bulle, un cocon familial. Le sentiment de sécurité affective qui est un élément fondamental du désir chez la femme est renforcé par tout cela. (16)(17)(18)

A partir du 8<sup>e</sup> mois, il y a une déconstruction progressive du portrait imaginaire pour se préparer à accueillir l'enfant réel. Certaines angoisses apparaissent sur la découverte de l'enfant réel, sur la possibilité de monstruosité, sur l'accouchement (peur d'être abîmée,

déchirée ou de faire mal à l'enfant), et au sujet de sa condition, prochaine mais certaine, de mère. (18)

Le corps devient gênant, il faut trouver des alternatives pour conserver une sexualité satisfaisante. La grossesse favorise de nouvelles pratiques faisant appel à la créativité du couple. On constate une stabilisation voire une diminution des rapports chez la majorité des couples à partir du 8<sup>e</sup> mois. La sexualité des couples n'est pas régulière à cette période, il y a des moments où les rapports vont être très nombreux et d'autres où il n'y en aura aucun. Cependant ces moments ne seront pas mal vécus car mis à profit pour se recentrer sur l'enfant à venir et se ressourcer. A la fin de la grossesse, la sexualité se fait sur un mode plus doux à cause de la diminution de la mobilité et de la capacité pour la femme de maintenir les positions sexuelles. (16)(17)

Concernant le désir et le plaisir de l'homme au cours de la grossesse, ils diminuent progressivement. Bien que la qualité de la relation de couple soit conservée, la sexualité sera vécue de façon moins satisfaisante mais avec plus de gestes de tendresse. Chez 60 % des hommes, le fantasme du pénis dangereux dans l'acte sexuel (pénétration qui pourrait faire mal au bébé) dont a parlé Pasini est présent.(21) Pour l'homme, l'apparition du ventre va engendrer petit à petit, une crainte de nuire au bébé, et le changement d'image corporelle de sa femme peut diminuer sa libido. (16) (22)

La diminution voire l'arrêt des rapports sexuels pendant la grossesse, sont dus en grande partie à des peurs. Celles-ci sont la peur de faire mal au bébé ou à la mère ou encore la crainte de la fausse couche, de l'accouchement prématuré et de l'infection fœtale. Il y a aussi l'angoisse du bébé voyeur. D'autre part, cette baisse des rapports est due aussi à un inconfort, ou aux modifications de l'image du corps de leur compagne. Ces fausses croyances peuvent être à l'origine de dysfonctions érectiles, de troubles de l'éjaculation et de l'orgasme. (16) (20)(21)

Il existe cependant des contre indications aux rapports sexuels pendant la grossesse qui sont : la menace d'accouchement prématuré, les pertes de sang inexplicables, un placenta praevia, une rupture prématurée des membranes. (16)(17) Hormis ces situations, il n'existe pas de contre indication à la poursuite des rapports sexuels quand la grossesse se déroule bien. Ils sont même encouragés pour la bonne cohésion du couple. (16)

## **II Enquête**

### **II.1 Matériel et méthode**

Les objectifs de l'étude étaient d'observer les modifications éventuelles des pratiques sexuelles pendant la grossesse, d'en préciser l'impact sur la sexualité des couples, leur adaptation ainsi que leur satisfaction. Nous avons tenté de vérifier l'hypothèse que malgré les difficultés parfois présentes, les couples continuaient d'avoir une activité sexuelle plus ou moins satisfaisante tout au long de la grossesse.

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, auprès d'accouchées au CHU d'Angers, dans la période du 22 octobre au 11 novembre 2013.

L'étude a été réalisée par questionnaires anonymes (annexe 3) que nous avons distribués aux patientes, dans une enveloppe, lors de leur séjour dans le service de suites de couches du CHU d'Angers. Nous avons d'abord expliqué le sujet du mémoire (annexe 1) et recueilli la signature d'un formulaire de consentement (annexe 2). Ce questionnaire nous était rendu par la patiente, dans une enveloppe cachetée pour préserver l'anonymat et le contenu des questionnaires, avant sa sortie du service. Le choix du lieu de distribution vient du fait que la durée de séjour des femmes y est relativement longue et que la période des suites de couches constitue le moment idéal car la grossesse vient juste de se terminer. La distribution a été réalisée par une seule et même personne.

Le questionnaire était adressé aux femmes. Elles ont pu le remplir seules ou en présence de leur conjoint.

Les patientes du 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> étage du CHU d'Angers ayant signé un formulaire de consentement étaient incluses dans l'étude. En revanche, étaient exclues les femmes hospitalisées en service de grossesses pathologiques suite à leur accouchement, les femmes seules, les femmes peu francophones, celles ayant présenté une MAP, une RPM, un Placenta praevia, ou des métrorragies inexplicables. Nous n'avons pas inclus à l'étude les refus, les femmes indisponibles lors des distributions, les questionnaires non rendus et non interprétables.

Il s'agit d'un questionnaire composé de trente-et-une questions fermées, réparties en trois parties distinctes :

La première partie du questionnaire « Généralités » portait sur la situation sociale, familiale et personnelle de la patiente. Elle nous permet de cibler la population étudiée au travers de neuf questions.

La seconde partie, « Pendant l'année précédant la grossesse », permettait d'établir un constat qualitatif, en cinq questions, de la sexualité des femmes au cours de l'année antérieure à la grossesse.

La troisième partie « Pendant la grossesse » concernait la période de la grossesse, les modifications des pratiques sexuelles, les symptômes de grossesse, les peurs et les ressentis. Ceci, afin de pouvoir étudier l'évolution des comportements sexuels.

A la fin du questionnaire, un encadré laissait place aux remarques, commentaires et suggestions libres.

Au total, 133 exemplaires ont été distribués au CHU d'Angers, au 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, et 4<sup>e</sup> du 22 octobre au 11 novembre 2013. 127 questionnaires ont été rendus. Après lecture, 108 questionnaires ont été retenus pour l'étude.

## II.2 Résultats

### II.2.1 Description de la population

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques maternelles

	Effectif n	%
<b>Gestité-Parité</b>		
primigeste	36	33,3
primipare non primigeste	12	11,1
multipare	60	55,6
<b>Age de la mère</b>		
<20 ans	4	3,7
20-24 ans	15	13,9
25-29 ans	31	28,7
30-34 ans	41	38,0
35-39 ans	15	13,9
> ou = 40 ans	2	1,9
<b>Situation de famille</b>		
en couple	42	38,9
marié/pacsé	66	61,1
<b>Pratique d'une religion</b>		
oui	14	13,0
non	94	87,0
<b>Niveau d'études</b>		
Sans diplôme	3	2,8
Brevet des collèges	1	0,9
CAP/BEP	23	21,3
BAC	21	19,4
Supérieur au bac	60	55,6
<b>Activité professionnelle</b>		
oui	95	88,0
non	13	12,0

La moyenne d'âge des femmes est de 29,5 ans avec pour âges extrêmes 18 et 43 ans.

6,5% des femmes non primigestes (n=7) n'ont pas eu le même partenaire pour toutes les grossesses.

La durée de relation avec le conjoint était en moyenne de 8,29 ans avec une durée minimale de 1 an et maximale de 19 ans.

### II.2.1.1 Antécédents

17,6% des femmes ont eu une césarienne (n=19).

50% d'entre elles ont eu une épisiotomie (n=54) et 25% une déchirure périnéale (n=27).

Les taux de fausses couches, de GEU et d'interruptions de grossesse se situent respectivement à 17,6% (n=19), 1,9% (n=2) et 13,9% (n=15).

### II.2.1.2 Le sujet de la sexualité

La sexualité est un sujet dont les femmes parlent librement au sein de leur couple pour 85,2% d'entre elles (n=92), et avec leur entourage pour 18,5% (n=20). Pour 4,6% des patientes (n=5), ce sujet met mal à l'aise et 9,3% d'entre elles considèrent que ce sujet ne regarde qu'elles, et n'en parlent pas (n=10).

## II.2.2 **Pendant l'année précédant la grossesse**

### II.2.2.1 Positions sexuelles

Pendant l'année précédant la grossesse, la position du missionnaire était la plus fréquente pour 73,1% des couples (n=79), ainsi que celle d'Andromaque (partenaire sur le dos, la femme sur lui) pour 60,2% d'entre eux (n=65). Les positions vaginale postérieure et latérale étaient moins utilisées (respectivement 39,8%, n=43 et 30,6%, n=33).

### II.2.2.2 La sexualité

Concernant leur sexualité, les femmes la qualifiait de satisfaisante en majorité (66%, n=70) et très satisfaisante pour 29,2% (n=31). 6,6% des femmes avaient une sexualité peu satisfaisante (n=7), et aucune ne la qualifiait d'insatisfaisante.

### II.2.2.3 Difficultés sexuelles

55,6% des femmes (n=60) avaient parfois un manque de désir, 17,6% avaient un manque de lubrification (n=19), 14,8% présentaient des dyspareunies (n=16), 10,2% (n=11) ressentait parfois un manque de plaisir et 2,8% évoquaient un vaginisme (n=3).

#### II.2.2.4 Demandes de relations sexuelles

Le partenaire est le plus demandeur de relations sexuelles dans 57% des couples (n=61), tandis que la femme l'est à 6,5% (n=7). Dans 36,4% des couples, l'homme et la femme sont à égalité. Une personne n'a pas répondu à cette question.

### II.2.3 **Pendant la grossesse**

4,6% (n=5) des grossesses sont issues d'un parcours de PMA, et 13% sont survenues de manière involontaire (n=14).

Avant d'avoir des doutes sur leur état de grossesse, 7,4% (n=8) des patientes ont éprouvé une diminution du désir. 76,9% n'ont pas observé cette modification (n=83) et 15,7% (n=17) n'en ont pas de souvenir.

9,6% (n=10) des patientes ont été hospitalisées pendant leur grossesse. Les motifs d'hospitalisation n'ont pas toujours été dévoilés. Parmi eux on peut noter : cause dentaire, chute sur les fesses, albuminurie, fièvre et contractions pendant 4 jours.

#### II.2.3.1 L'annonce de la grossesse

Elle ne provoquait pas de modification du désir chez la femme comme chez l'homme (46,3% des femmes, n=50, et 58,3% des hommes, n=63). Il y avait quasiment autant de femmes qui observaient une augmentation que de femmes observant une diminution du désir (n=21=19,4% et n=22=20,4%). Selon les femmes, les hommes éprouvaient quasiment les mêmes modifications avec toutefois légèrement plus de diminution du désir (n=19=17,6% contre n=12=11,1%).

#### II.2.3.2 Changements dans la sexualité des couples

86% (n=93) des femmes ont remarqué des changements dans leur sexualité. Parmi celles n'en ayant pas observé, 4 personnes ont noté des variations dans les items suivants :

Tableau II : Changement de la sexualité pendant la grossesse

↓ Correspond à une diminution    ↑ Correspond à une augmentation    = Correspond à aucune évolution

	Jusqu'à 3 mois		4e au 7e mois		8e et 9e mois		Toute la grossesse
	n	%	n	%	n	%	%
<b>Variation de désir</b>							
↑	18	19,8	38	<b>43,2</b>	18	21,2	28,0
↓	35	38,5	28	31,8	59	<b>69,4</b>	46,6
=	38	<b>41,8</b>	22	25,0	8	9,4	25,4
pas de réponse	5	5,2	8	8,2	10	10,3	
Total	96		96		95		
<b>Variation de plaisir</b>							
↑	14	15,9	23	27,4	10	12,5	18,6
↓	20	22,7	23	27,4	47	<b>58,8</b>	36,3
=	54	<b>61,4</b>	38	<b>45,2</b>	23	28,8	45,1
pas de réponse	8	8,2	11	11,3	15	15,5	
Total	96		95		95		
<b>Fréquence des orgasmes</b>							
↑	6	7,0	17	19,5	8	9,9	12,1
↓	21	24,4	29	33,3	46	<b>56,8</b>	38,2
=	59	<b>68,6</b>	41	<b>47,1</b>	27	33,3	49,7
pas de réponse	9	9,3	9	9,3	15	15,5	
Total	95		96		96		
<b>Variation de lubrification vaginale</b>							
↑	7	8,9	20	25,3	17	21,5	18,6
↓	16	20,3	22	27,8	43	<b>54,4</b>	34,2
=	56	<b>70,9</b>	37	<b>46,8</b>	19	24,1	47,3
pas de réponse	16	16,5	16	16,5	16	16,5	
Total	95		95		95		
<b>Fréquence des rapports sexuels</b>							
↑	10	11,2	23	25,6	6	7,0	14,6
↓	33	37,1	41	<b>45,6</b>	72	<b>83,7</b>	55,5
=	46	<b>51,7</b>	26	28,9	8	9,3	30,0
pas de réponse	7	7,2	6	6,2	10	10,3	
Total	96		96		96		

Durée des rapports sexuels							
↑	5	5,7	8	9,3	2	2,4	5,8
↓	13	14,9	21	24,4	59	<b>70,2</b>	36,5
=	69	<b>79,3</b>	57	<b>66,3</b>	23	27,4	57,7
pas de réponse	9	9,3	10	10,3	12	12,4	
Total	96		96		96		

Fréquence des pénétrations							
↑	3	3,5	10	11,8	2	2,4	5,9
↓	17	20,0	28	32,9	61	<b>73,5</b>	42,1
=	65	<b>76,5</b>	47	<b>55,3</b>	20	24,1	52,0
pas de réponse	10	10,3	10	10,3	12	12,4	
Total	95		95		95		

Discordance entre les désirs de la femme et ceux de son partenaire							
oui	20	22,5	36	22,2	47	22,7	22,5
non	69	<b>77,5</b>	54	<b>76,7</b>	41	<b>78,4</b>	77,5
pas de réponse	8	8,2	7	7,2	9	9,3	
Total	89		90		88		

Variation des masturbations							
→par l'homme envers la femme							
↑	5	6%	15	19%	11	15%	
↓	9	11%	21	27%	40	<b>54%</b>	
=	65	<b>82%</b>	42	<b>54%</b>	23	31%	
Total	79		78		74		

→par l'homme envers lui-même							
↑	3	4%	14	21%	12	18%	
↓	7	10%	10	15%	23	35%	
=	58	<b>85%</b>	43	<b>64%</b>	30	<b>46%</b>	
Total	68		67		65		

→par la femme envers elle-même							
↑	5	7%	14	21%	10	15%	
↓	10	14%	10	15%	20	30%	
=	55	<b>79%</b>	43	<b>64%</b>	37	<b>55%</b>	
Total	70		67		67		

→par la femme envers son partenaire							
↑	6	8%	16	22%	16	22%	
↓	13	17%	17	23%	37	<b>51%</b>	
=	57	<b>75%</b>	40	<b>55%</b>	19	26%	
Total	76		73		72		

### Variation des caresses intimes

→ par la femme envers son partenaire

↑	10	13%	21	28%	16	22%
↓	14	18%	17	23%	34	47%
=	53	69%	37	49%	23	32%
<b>Total</b>	77		75		73	

→ par l'homme envers sa compagne

↑	10	13%	24	32%	15	21%
↓	11	14%	12	16%	32	44%
=	55	72%	39	52%	26	36%
<b>Total</b>	76		75		73	

### Variation des gestes de tendresse sans caresse intime

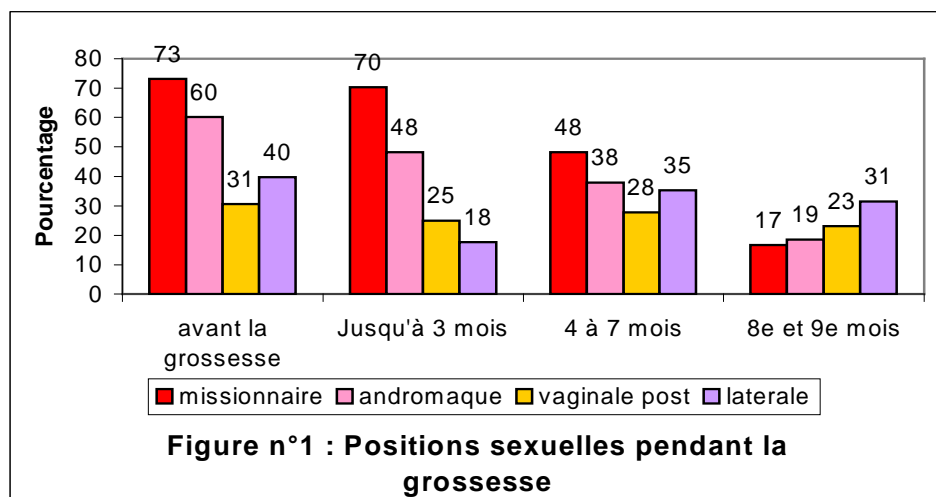
→ par la femme envers son compagnon

↑	18	23%	32	41%	15	21%
↓	9	11%	10	13%	32	44%
=	53	66%	37	47%	26	36%
<b>Total</b>	80		79		73	

→ par l'homme envers sa partenaire

↑	19	23%	35	44%	27	34%
↓	4	5%	8	10%	17	21%
=	58	72%	37	46%	36	45%
<b>Total</b>	81		80		80	

### II.2.3.3 Positions sexuelles pendant la grossesse



### II.2.3.4 Symptômes de grossesse

Tableau II : Troubles sexuels engendrés par les symptômes de grossesse

	Jusqu'à 3 mois		4 à 7 mois		8 <sup>e</sup> et 9 <sup>e</sup> mois	
	Présence du symptôme	Présence de trouble	Présence du symptôme	Présence de trouble	Présence du symptôme	Présence de trouble
	n      %	n      %	n      %	n      %	n      %	n      %
<b>Nausées</b>	64 59,3	33 51,6	17 15,7	11 64,7	13 12,0	9 69,2
<b>Douleur abdominale</b>	23 21,3	16 69,6	55 50,9	32 58,2	79 73,1	56 70,9
<b>Tension des seins</b>	43 39,8	22 51,2	30 27,8	14 46,7	33 30,6	17 51,5
<b>Fatigue</b>	73 67,6	51 69,9	57 52,8	34 59,6	90 83,3	65 72,2
<b>Volume abdominal</b>	15 13,9	6 40,0	67 62,0	37 55,2	90 83,3	65 72,2
<b>Contractions</b>	6 5,5	3 50,0	39 36,1	24 61,5	65 60,2	39 60,0

Dans chaque période de grossesse, la première colonne présente les effectifs observant un symptôme. La seconde indique la part des femmes troublées dans leur sexualité parmi celles présentant ce symptôme.

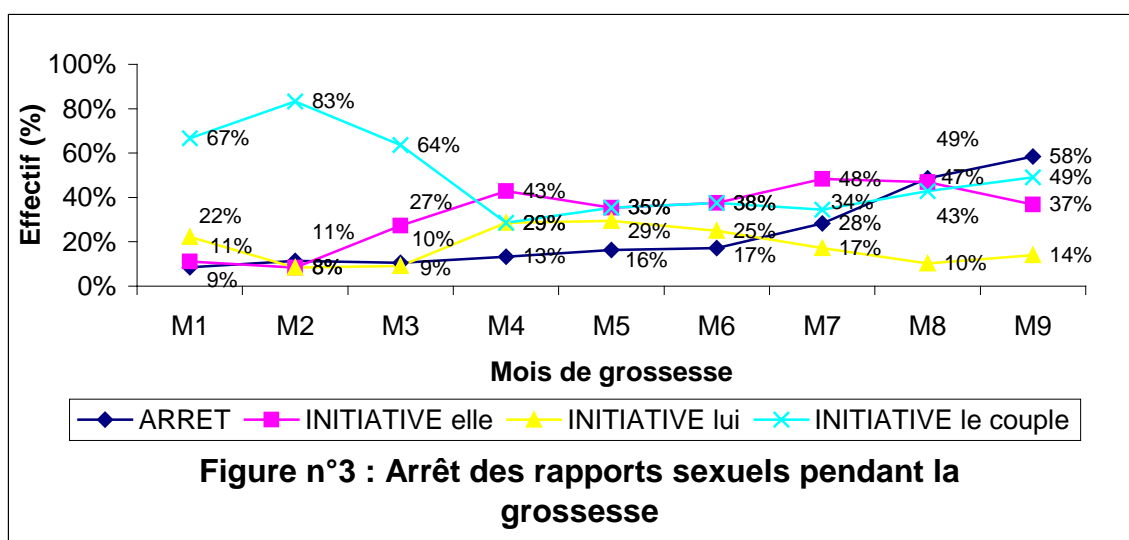
### II.2.3.5 Adaptation des couples

Les couples se sont adaptés à la grossesse et ses bouleversements avec facilité pour 62,3% d'entre eux (n=66). Pour 18,9% des couples ce fut difficile, et 18,9% n'avaient pas d'opinion sur ce sujet (n=20).

### II.2.3.6 Evolution des rapports sexuels durant la grossesse

Tableau III : Poursuite des rapports sexuels pendant la grossesse

Mois de grossesse		M1		M2		M3		M4		M5		M6		M7		M8		M9	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>POURSUITE</b>		96	91,4	93	88,6	94	89,5	91	86,7	87	80,8	87	82,9	76	71,7	54	51,4	42	41,6
<b>INITIATIVE</b>	<i>elle</i>	3	3,9	3	4,1	3	4,0	3	4,1	4	5,6	7	9,7	7	10,8	5	11,4	5	13,9
	<i>lui</i>	2	2,6	2	2,7	2	2,7	3	4,1	3	4,2	8	11,1	7	10,8	7	15,9	4	11,1
	<i>le couple</i>	72	93,5	69	93,2	70	93,3	67	91,8	64	90,1	57	79,2	51	78,5	32	72,7	27	75,0



### II.2.3.7 Peurs pendant la grossesse

- 38,0% des femmes ont eu peur d'avoir des contractions (n=41), peur qui a engendré une diminution voire un arrêt des rapports sexuels pour 65,9% d'entre elles.

- L'angoisse de la fausse couche a été présente chez 27,8% des femmes interrogées (n=30). En conséquence, 60% d'entre elles ont cessé ou ont diminué la fréquence de leurs rapports sexuels.

- Concernant la crainte d'abîmer le bébé ou de le sentir, elle a touché respectivement 17,6% (n=19) et 24,1% (n=26) des personnes interrogées. Elles ont ainsi été 63,2% (n=12) et 65,4% (n=17) à diminuer ou arrêter les rapports sexuels.

- 24,1% des femmes ont eu peur de faire mal au bébé (n=26) et elles ont été 73,1% (n=19) à diminuer ou à arrêter leurs rapports sexuels à cause de cela.

- Seulement 6,5% des femmes interrogées (n=7) ont craint que le bébé voit leurs rapports, ce qui a incité 28,6% d'entre elles (n=2) à diminuer ou arrêter leurs rapports.

### II.2.3.8 Influence de l'image corporelle et du fait de porter un bébé sur la femme et sur l'homme (selon la femme)

L'image corporelle de la femme et le fait de porter un bébé n'ont pas eu d'influence sur la sexualité de 48,6% (n=52) des femmes et 58,5% (n=62) des hommes pour la première, et 59,2% (n=61) des femmes et 62,4% (n=63) des hommes pour la seconde.

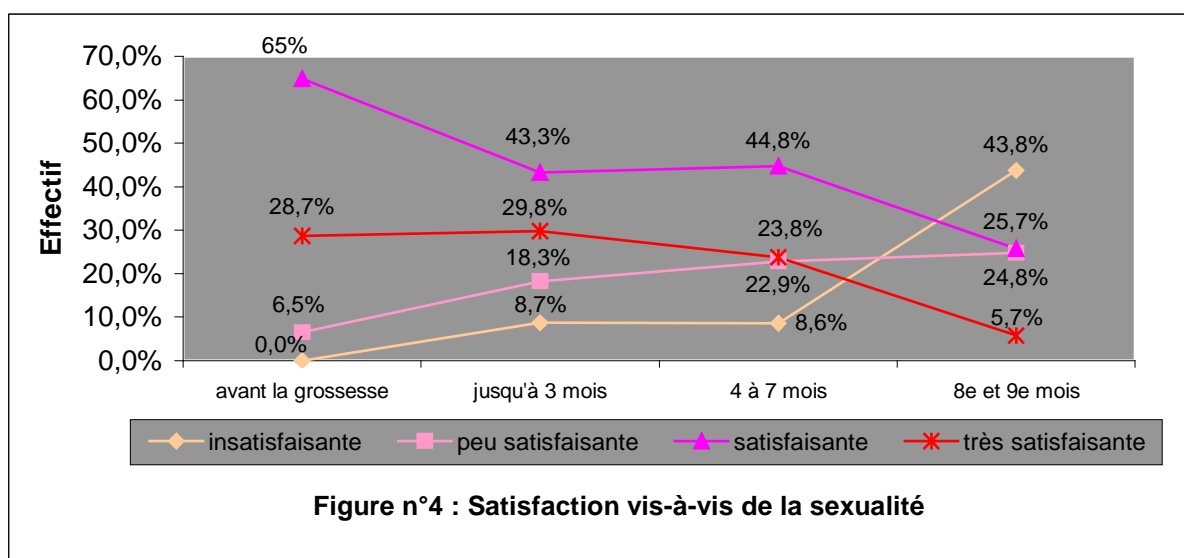
L'image corporelle de la femme a eu une influence négative sur la sexualité chez 35,5% (n=38) des femmes et 14,2% (n=15) des hommes. Elle a eu une influence positive pour 15,9% (n=17) des femmes et 27,4% (n=29) des hommes.

25,2% (n=26) des femmes et 22,8% (n=23) des hommes ont noté que leur sexualité avait été influencée de manière négative par le fait de porter un bébé alors que 15,5% (n=16) des femmes et 14,9% (n=15) des hommes avouaient qu'elle avait été influencée de manière positive.

#### II.2.3.9 Influence des mouvements du fœtus

Les mouvements du fœtus n'ont pas été gênants pour 67,9% des femmes (n=72) et 73,8% des hommes (n=76). Ils l'ont été pour 32,1% (n=34) des femmes et 26,2% (n=27) des hommes.

#### II.2.3.10 Satisfaction vis-à-vis de la sexualité



## II.3 Discussion

Au commencement de ce travail, nous nous étions posés la question de la réalité des modifications des pratiques sexuelles, de l'impact de la grossesse sur la sexualité des couples et de leur adaptation face aux changements éventuels ainsi que leur satisfaction. Avant d'évoquer les éléments ressortant de ces interrogations, nous allons vérifier la validité de ce travail.

Bien que la sexualité soit un sujet délicat et difficile à aborder, cette étude a bénéficié d'un fort taux de réponses. En effet, sur 133 questionnaires distribués, 127 ont été rendus. Ceci semble montrer l'intérêt que portent les femmes sur ce sujet.

D'après la littérature, le sujet de la sexualité est relativement tabou. Lors de la distribution des questionnaires, on nous a régulièrement confié que le fait de répondre à un questionnaire était plus facile que lors d'un entretien face à une personne. La majorité des femmes avoue parler librement de la sexualité avec son conjoint. Seulement 9,3% de la population étudiée n'en parle pas et 4,6% est mal à l'aise à l'évocation de ce sujet. Au vu de notre taux de réponses, ce sujet semble moins tabou à ce jour. Il aurait donc été intéressant d'aborder la question de l'information sur la sexualité pendant la grossesse par un professionnel de santé.

Selon une publication de l'INSEE (23), l'âge moyen des mères en 2013 était de 30,1 ans. L'âge moyen de la population étudiée est donc très proche de la moyenne nationale (29,5 ans).

Concernant la gestité-parité, la population étudiée concorde parfaitement avec la population générale puisque le taux des primipares est de 44,4%, et celui retrouvé par l'INSEE en 2010 est de 43,4%. (24)

Le niveau socio-économique de notre population est relativement élevé. Plus de la moitié des femmes a un niveau d'études supérieur au baccalauréat, c'est également ce qui est retrouvé dans l'enquête périnatale de 2010. (25) Notre population est donc comparable à la population générale sur ce point. Cependant, cette même enquête montre que 67,2% des femmes avaient un emploi alors que dans notre population, elles sont 88% à travailler.

Malgré ces points communs avec la population générale, les limites et biais de l'étude doivent être considérés.

Notre étude est limitée par son effectif relativement faible.

La religion peut avoir une influence sur la sexualité (22), mais nous n'avons pas souhaité questionner les femmes plus en détail sur ce sujet sensible par crainte d'un refus de répondre au questionnaire. L'inclusion de toutes les patientes pratiquant une religion peut créer un biais. Notons cependant que dans cette étude, peu de patientes ont répondu pratiquer une religion (13%) par rapport au taux national de 2008-2009 calculé par l'INED chez les 18-50 ans et qui était de 55%. (26)

De façon volontaire, on ne s'est pas intéressé aux dysfonctions sexuelles (vaginisme, dyspareunie, anorgasmie, pathologie du désir sexuel). Il serait intéressant d'étudier leur évolution pendant la grossesse.

Parmi les 108 questionnaires sur la sexualité retenus pour l'étude, nous avons pu constater que certaines questions avaient un taux de réponse plus faible que d'autres. Ce taux pourrait coïncider avec le fait que ces questions pouvaient être plus embarrassantes que d'autres (le taux de femmes ayant répondu que le sujet de la sexualité les mettait mal à l'aise ou qu'elle n'en parlait pas en est très proche). Il peut aussi être dû à la complexité de certaines questions qui nécessitaient une mémoire des faits et une concentration trop importante lors du séjour en suites de couches. Il peut donc exister un biais de mémorisation pour certaines questions et peut-être aurait-il été plus intéressant, pour certains points, que le questionnaire ait été distribué pendant la grossesse.

10 questionnaires n'ont pas pu être distribués car les patientes étaient indisponibles lors de nos passages. Il peut donc exister un biais de sélection pour cette raison.

Les grossesses issues d'un parcours de PMA ont été incluses dans l'étude. De par certaines craintes, notamment au début de la grossesse, la sexualité de ces couples pendant la grossesse peut être perturbée. (20) Cependant il était intéressant de recueillir leurs impressions, mais bien que cet échantillon ait un faible effectif (n=5), il peut néanmoins constituer un biais.

Le questionnaire étant adressé à un public féminin, les résultats concernant les conjoints peuvent être biaisés, mais les femmes ont pu indiquer leur opinion sur les sentiments et les préoccupations de leur partenaire. Une des limites de notre étude est donc cette absence de point de vue spécifiquement masculin pour certaines questions.

Certaines patientes ont été hospitalisées pendant leur grossesse mais le motif et la durée d'hospitalisation n'ont pas toujours été mentionnés. Cette question de l'hospitalisation a probablement été préjudiciable pour la qualité de leur sexualité, toutefois la faiblesse des effectifs touchés (n=10) n'a pas nécessairement créé de biais dans notre étude.

Nous voulions savoir si l'état de grossesse seul avait une influence sur le désir. Seulement 7,4% des femmes ont observé une baisse du désir avant même de savoir qu'elles étaient enceintes, donc on peut conclure que, au début, les conséquences physiologiques de la grossesse ont peu d'influence sur le désir.

Chez près d'un couple sur 2, l'annonce de la grossesse n'engendre pas de modifications du désir.

Une grande majorité de la population étudiée a remarqué des changements dans sa sexualité. Un de nos objectifs qui était de constater le possible impact de la grossesse sur la sexualité est donc vérifié.

Les modifications du désir au cours de la grossesse sont quasi semblables aux données de la littérature. (17) En effet, au premier trimestre, nous avons une majorité de non variation du désir (même si ce taux était proche de celui de diminution du désir : 41,8% contre 38,5%). Mais nous observons également une augmentation du désir au second trimestre et une diminution de celui-ci au dernier trimestre. La discordance entre les désirs des partenaires n'est pas aussi fréquente qu'on aurait pu le penser. Cependant, le fait que les femmes aient été seules pour répondre au questionnaire, peut modifier la réalité des résultats. Même si la majorité des femmes parlait librement de la sexualité au sein de leur couple, on peut supposer que parfois, dans certaines situations (et pourquoi pas celle de la grossesse) ce sujet soit moins abordé par crainte de blesser, ou de vexer son partenaire. Néanmoins l'étude de Reichenbach (21) évoque une diminution du désir chez l'homme au cours de la grossesse donc on peut émettre l'idée que les modifications des désirs chez les femmes interrogées aient suivi les mêmes variations que leur conjoint.

Au premier trimestre, la qualité du plaisir restait la même pour la majorité des patientes de notre étude alors que Master et Johnson retrouvaient une diminution. Le plaisir reste le même du début au 7<sup>e</sup> mois de grossesse, après quoi il diminue pour une majorité des patientes (58,8%). En ce qui concerne, la fréquence des orgasmes, pour la majorité des femmes, il n'y a pas de modification du nombre d'orgasmes lors des deux premières parties de grossesse. Cependant il y a une nette diminution de leur fréquence en fin de grossesse. Cette observation a également été faite par Raquel Escudero-Rivas et al.. (27) Les résultats de

Kouakou et al. révélant une augmentation des orgasmes au second trimestre ne sont pas retrouvés ici. (28)

Les données de la littérature concernant la majoration de la lubrification vaginale au second trimestre ne sont pas retrouvées ici puisque seulement une femme sur quatre a observé cette variation. (17) Une diminution de la lubrification vaginale est présente lors des derniers mois de grossesse pour une majorité des femmes (54,4%).

La diminution de la fréquence des rapports sexuels tout au long de la grossesse, que nous avons retrouvée, est en accord avec les résultats de plusieurs études. (21)(27)(28)(29) Pour 30% des couples, la fréquence des rapports sexuels est restée la même pendant toute la grossesse, ce sont aussi les résultats qu'ont obtenus Orji et al.. (29) En fin de grossesse, plus de la moitié des couples ont arrêté les rapports sexuels, l'initiative venant en majorité des deux partenaires. En effet, le taux d'arrêt des rapports sexuels est stable jusqu'au sixième mois et à partir du septième mois, il augmente de façon importante pour atteindre 58,4%. La poursuite des rapports se fait aussi à l'initiative du couple en majorité. En parallèle, on n'observe pas d'augmentation des pratiques de substitution telles que la masturbation ou les caresses intimes. En effet ces pratiques ne varient pas de manière importante au cours de la grossesse contrairement à ce qu'on aurait pu croire au vu de la diminution de la fréquence des rapports sexuels et du nombre des arrêts. Que ce soit l'homme ou la femme, envers l'un ou l'autre, il n'y a pas vraiment de différence au fur et à mesure de la grossesse si ce n'est à la fin où on observe une diminution des deux pratiques réciproquement. Une grande majorité des femmes a observé une diminution de la durée des rapports en fin de grossesse (70,2%). La diminution de la fréquence et de la durée des rapports sexuels, en fin de grossesse, peut être liée aux différents symptômes que nous avons retrouvés en majorité : la fatigue, le volume abdominal, les contractions ainsi que les douleurs abdominales. Ces symptômes étaient à l'origine d'un trouble de la sexualité.

La position sexuelle du missionnaire est de moins en moins utilisée au fur et à mesure de la grossesse comme on pouvait le prévoir. Cependant bien que la position d'Andromaque soit une des positions conseillées pendant la grossesse, les patientes l'utilisent peu avec l'avancée de la grossesse. Le questionnaire pointait les positions sexuelles les plus utilisées, on n'a donc pas d'information sur la possible découverte d'autres positions.

La peur d'avoir des contractions est présente chez de nombreuses femmes (38%). Elle a engendré une diminution voire un arrêt des rapports chez plus de la moitié d'entre elles. Il aurait été intéressant de savoir si c'est la crainte de l'accouchement prématuré ou l'anticipation de la douleur éventuelle de ces contractions qui est à l'origine de cette peur.

La tendresse a tendance à augmenter légèrement au second trimestre. Ce qui peut être corrélé aux données de la littérature concernant le second trimestre qui évoquent un épanouissement physique et psychique. (17)

Il y a une nette diminution de la satisfaction vis-à-vis de la sexualité pour l'ensemble des femmes interrogées. Aucune femme n'était insatisfaite de sa sexualité avant la grossesse, elles le deviennent en majorité en fin de grossesse (43,8%) contre seulement 25,7% de femmes satisfaites et 5,7% très satisfaites. Ces résultats sont en accord avec les données de Kouakou et al ainsi que de nombreuses études dont ils font référence dans leur ouvrage.

Quand les femmes sont interrogées sur leur adaptation aux symptômes de la grossesse, elles répondent en majorité s'être adaptées facilement. Cependant, leur degré de satisfaction et le taux important d'arrêt des rapports sexuels ne concordent pas avec cette notion. On peut supposer que les moyens de substitution palliaient insuffisamment aux désagréments de la grossesse ou que la communication ou la clarté concernant les différentes alternatives étaient manquantes. Le fait d'en parler à quelqu'un d'extérieur leur serait sans doute bénéfique, pour leur montrer, d'une part, que les couples ne sont pas seuls dans cette situation et d'autre part, qu'il existe un ensemble de solutions qu'ils n'ont sans doute pas envisagées dans leur globalité. Les consultations de grossesse seraient propices pour lever ces méconnaissances. En effet, la santé de la femme y étant prise dans sa globalité, le fait d'aborder ce sujet paraîtrait moins incongru. La manière la plus simple d'en parler pour le praticien semble de poser systématiquement, à toutes les femmes, à chaque consultation, une question simple concernant la satisfaction des femmes et de leur conjoint par rapport à leur sexualité. La systématisation de cette question va permettre tout d'abord pour le praticien, d'acquérir un réflexe, une automatisation et ainsi d'abolir le tabou, la gêne, ou la timidité engendrés par la délicatesse du sujet. Le praticien va ainsi pouvoir aborder ce sujet avec plus de légèreté tout en conservant une attitude non discriminatoire et de non jugement, de respect, de sensibilité, et d'empathie ; qualités qui lui sont nécessaires pour aborder un tel sujet avec sérénité. Ensuite, on offre l'occasion aux femmes de s'exprimer à ce sujet car, une fois posée, cette question ouvre la porte à d'autres questions. L'initiative venant du praticien, il montre alors qu'il est ouvert à la discussion et les femmes n'ont pas l'effort à fournir d'aborder le sujet les premières.

Pour faciliter l'échange du point de vue de la femme et montrer qu'elle peut avoir un interlocuteur qui l'écoute et la conseille, il serait judicieux de mettre en place des affiches dans les salles d'attente et de consultation. En effet, par le biais d'un dessin humoristique

dédramatisant la sexualité pendant la grossesse, nous pourrions informer les femmes qu'elles ont la possibilité d'en discuter en ce lieu et les y encourager si elles le souhaitent.

Pour compléter l'information, il serait souhaitable de mettre à disposition, dans les salles d'attente, des brochures sur la sexualité pendant la grossesse comme par exemple, celles réalisées par Katy-Line Ruol dans le cadre d'un mémoire de sage-femme intitulé « Le manque d'informations sur les rapports sexuels pendant la grossesse» (annexe 4). Elles reprennent les modifications anatomiques engendrées par la grossesse, ainsi que l'évolution de la sexualité pendant cette période et donnent quelques conseils et astuces.

## II.4 Conclusion

La grossesse est une période riche en émotions, en changements et en rebondissements dans la vie d'un couple. L'ensemble des résultats de cette étude permet de constater le réel impact de la grossesse sur la sexualité. Les pratiques sexuelles doivent s'adapter, le désir et les envies ne sont plus les mêmes, tout est sujet à un réajustement. Malheureusement, l'insatisfaction est trop souvent ressentie par les femmes concernant leur sexualité.

Pour une meilleure adaptation, le dialogue s'impose entre les partenaires au sein du couple et aussi, idéalement, entre le couple et un tiers de confiance. L'impact négatif de la grossesse sur la sexualité féminine est notoire et ne doit pas être négligé. C'est alors que la sage-femme se trouve investie du rôle d'accompagnant, de guide et de soutien auprès des femmes. Elle répond aux demandes de renseignement, d'apprentissage, de réconfort et de réassurance. Il nous apparaît nécessaire d'optimiser les conditions du dialogue pour faire apparaître les difficultés existantes, rationaliser les craintes et tenter d'y remédier. Ceci, de manière à dédramatiser certaines situations et rasséréner autant que possible les couples. La prévention des troubles se réalise dans la communication et si nécessaire, la réorientation de la patiente vers un professionnel plus expert sera envisagée pour une meilleure prise en charge (sexologue, gynécologue, psychiatre, psychologue).

## Références bibliographiques

1. Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 28 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sexualit%C3%A9/72486>
2. OMS [Internet]. [cité 28 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>
3. Caremel R, Berthier A, Sentilhes L, Collard P, Grise P. Analyse de la sexualité féminine dans une population féminine témoin française. Prog En Urol. sept 2008;18(8):527-535.
4. Nadjafizadeh M. Sexualité durant la grossesse et le post-partum. Vocat Sage Femme. 2010;(86-87):21-25.
5. Courtois R. Conceptions et définitions de la sexualité: les différentes approches [Internet]. [cité 17 nov 2013]. Disponible sur: <http://users.swing.be/carrefour.naissance/Articles/refl/sexualitepgtgrossesse.htm>
6. Breno P. Le comportement sexuel : bases éthologiques. Manuel de sexologie 2e édition. Masson. p. 31.
7. Rocher S. Cours de sexologie école de sages-femmes. 2013.
8. Bianchi-Demicheli F. SEXUALITE FEMININE. [cité 6 mars 2014]; Disponible sur: [http://www.gfmer.ch/Presentations\\_Fr/Pdf/Sexualite\\_feminine.pdf](http://www.gfmer.ch/Presentations_Fr/Pdf/Sexualite_feminine.pdf)
9. Chevret-Measson M. Physiologie de la réaction sexuelle féminine. Manuel de sexologie 2e édition. Masson. 2013. p. 69.
10. Vincent J-D. le plaisir.rtf [Internet]. [cité 5 mars 2014]. Disponible sur: [http://archives.universcience.fr/francais/ala\\_cite/affiche/savoir/telechargement/docs/leplaisir.rtf](http://archives.universcience.fr/francais/ala_cite/affiche/savoir/telechargement/docs/leplaisir.rtf)
11. Psychologies [Internet]. [cité 5 déc 2013]. Disponible sur: <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Plaisir>
12. Colson M-H. L'orgasme des femmes, mythes, défis et controverses. Sexologies. janv 2010;19(1):39-47.
13. Ferroul Y. Histoire de la sexualité dans le couple. Manuel de sexologie 2e édition. Masson. 2013. p. 296-300.
14. Tardieu N. Grossesse et sexualité à travers l'Histoire. Paris, France: Connaissances et savoirs; 2004. 91 p.
15. Knibiehler Y. Grossesse et sexualité. Regards sur le passé. Spirale. 1 avr 2003;n° 26(2):19-27.

16. Ganem M. La sexualité des couples pendant la grossesse. Manuel de sexologie 1ere édition. Masson. 2007. p. 100□103.
17. Lopès P. sexualité et grossesse, sexualité et post-partum. Manuel de sexologie 2e édition. Masson. 2013. p. 82□85.
18. Parny. Cours de psychologie école de sages-femmes 2011.
19. LEUILLET P. La grossesse : un tsunami pour la sexualite du couple- assises françaises de sexologie et santé sexuelle : Lille 2009 [Internet]. [cité 6 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.aihus.fr/prod/data/Congres/AIHUS2009/Diapos/29-1-Dimanche%20Lille%202009/03-La%20grossesse%20un%20tsunami%20LEUILLET.pdf>
20. Gamet M-L. À propos d'une étude sur la sexualité des femmes et des hommes pendant la grossesse issue d'une Assistance médicale à la procréation (AMP). Sexologies. avr 2008;17(2):102□112.
21. Reichenbach S, Alla F, Lorson J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse: une étude pilote portant sur 72 hommes. Sexologies. 2001;42(11):1□8.
22. Doucet-Jeffray N, Miton-Conrath S, Le Mauff P, Senand R. Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse? Rev Exerc. 2004;71:111□9.
23. Insee Mobile - Tableaux de l'économie française - édition 2013 [Internet]. [cité 15 janv 2014]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg\\_id=0&id=3811](http://www.insee.fr/fr/mobile/etudes/document.asp?reg_id=0&id=3811)
24. Davie E, Mazuy M. Fécondité et niveau d'études des femmes en France à partir des enquêtes annuelles de recensement. Population. 2011;65(3):475□511.
25. Blondel B, Norton J, Mazaubrun C, Bréart G. Enquête nationale périnatale. Paris Inst Natl Santé Rech Médicale [Internet]. 1998 [cité 8 mars 2014]; Disponible sur: <http://presse-inserm.fr/wp-content/uploads/2013/02/rapportnaissenp2010.pdf>
26. Régnier-Loilier A, Prioux F. La pratique religieuse influence-t-elle les comportements familiaux? [Internet]. 2008. Disponible sur: [http://www.ined.fr/fichier/t\\_publication/1366/publi\\_pdf1\\_447.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1366/publi_pdf1_447.pdf)
27. Escudero-Rivas R, Carretero P, Caño Á, Cruz M, Florido J. Modifications of sexual activity during uncomplicated pregnancy: A prospective investigation of Spanish women. Health (N Y). 2013;05(08):1289□1294.
28. Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. févr 2011;40(1):36□41.
29. Orji EO, Ogunlola IO, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol. mars 2002;22(2):166□168.

## Liste des annexes

Annexe 1 : Lettre d'information.....	42
Annexe 2 : Formulaire de consentement.....	43
Annexe 3 : Questionnaire.....	44
Annexe 4 : Brochure « L'amour en attendant... » .....	50

Annexe 1 : Lettre d'information

### ECOLE DE SAGES-FEMMES RENE ROUCHY



#### LETTRE D'INFORMATION

#### LES MODIFICATIONS DES PRATIQUES SEXUELLES PENDANT LA GROSSESSE CHEZ LA FEMME

**Investigateur :**

*Nom : Gaboriau*

*Prénom : Solène*

*Service : Ecole de sages-femmes du CHU d'Angers*

Madame,

Actuellement étudiante en 5<sup>ème</sup> année à l'école de sages-femmes d'Angers, mon mémoire de fin d'études porte sur les modifications des pratiques sexuelles pendant la grossesse.

Pour réaliser une étude sur ce sujet, j'effectue une enquête par questionnaires auprès des femmes lors de leur séjour à la maternité après leur accouchement. Il concerne l'évolution de la sexualité au fil de la grossesse et le ressenti des femmes par rapport à cette évolution. C'est pourquoi je souhaiterais vous demander votre participation.

La sexualité étant un sujet difficile à aborder, ce questionnaire, qui vous sera remis après la signature du formulaire de consentement ci-joint, est totalement anonyme et en aucun cas on ne pourrait retrouver votre identité. Une fois complété, et inséré dans l'enveloppe prévue à cet effet, vous pourrez le remettre à la sage-femme de service ou à l'étudiant sage-femme.

Je vous remercie, par avance, du temps que vous voudrez bien consacrer à ce sujet et de l'aide précieuse que vous apporterez à la réalisation de mon mémoire.

Solène Gaboriau



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

MODIFICATIONS DES PRATIQUES SEXUELLES PENDANT LA GROSSESSE  
CHEZ LA FEMME

L'étudiante sage-femme GABORIAU Solène m'a proposée de participer à l'étude clinique « Modifications des pratiques sexuelles pendant la grossesse ».

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiant(e) sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis conscient(e) que ma participation est entièrement libre, volontaire et anonyme.

J'accepte de participer à l'étude "Modifications des pratiques sexuelles pendant la grossesse."

**Investigateur :**

Nom, prénom

Date

Signature

**Patient :**

Nom, prénom

Date

Signature

**QUESTIONNAIRE SUR LES MODIFICATIONS DES PRATIQUES SEXUELLES  
PENDANT LA GROSSESSE CHEZ LA FEMME .**

***I Généralités***

- 1- Quel âge avez-vous ? ..... ans
- 2- Combien de grossesses avez-vous eues ? .....  
*Si vous avez eu plus d'une grossesse, aviez-vous le même partenaire que pour cette dernière grossesse ?*  
oui      non
- 3- Avez-vous déjà eu une :  
Césarienne  
Episiotomie  
Déchirure périnéale  
Fausse couche  
Grossesse extra-utérine  
Interruption de grossesse
- 4- Quelle est votre situation de famille ?  
Célibataire  
En couple  
Mariée / Pacsée  
Autre : .....
- 5- Depuis combien de temps êtes-vous en couple ? .....
- 6- Quel est votre niveau d'études ?  
Sans diplôme  
Brevet des collèges  
CAP/BEP  
Baccalauréat  
Supérieur au BAC
- 7- Exercez-vous une activité professionnelle ?      oui      non
- 8- Pratiquez-vous une religion ?      oui      non
- 9- Pour vous, votre sexualité est : (plusieurs réponses possibles)  
Un sujet qui ne regarde que moi, dont je ne parle pas  
Un sujet qui me met mal à l'aise  
Un sujet dont je parle librement au sein de mon couple  
Un sujet dont je parle librement avec mon entourage  
Autre : .....

## ***II Pendant l'année précédant la grossesse***

**10- Quelle(s) étai(en)t la/les position(s) la/les plus fréquente(s) ?**

- Missionnaire (vous sur le dos et votre partenaire sur vous)
- Andromaque (votre partenaire sur le dos et vous sur lui)
- Position vaginale postérieure (votre partenaire derrière vous)
- Position latérale (vous êtes allongés sur le côté, cuillère etc. )
- Autre : .....

**11- Comment qualifieriez-vous le quotidien dans votre foyer, pendant l'année précédant la grossesse ?**

- Insatisfaisant
- Peu satisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

**12- Comment qualifieriez-vous votre sexualité, pendant l'année précédant la grossesse ?**

- Insatisfaisante
- Peu satisfaisante
- Satisfaisante
- Très satisfaisante

**13- Ces événements arrivaient-ils parfois (plusieurs réponses possibles) ?**

- Manque de désir \*
- Manque de plaisir \*\*
- Douleur sexuelle
- Manque de lubrification
- Vaginisme \*\*\*

\* Le désir sexuel : l'envie de rapports sexuels

\*\* Le plaisir sexuel : sensation agréable

\*\*\* Vaginisme : contraction involontaire et douloureuse des muscles du vagin en cas de tentative de pénétration

**14- Qui était le plus demandeur de relations sexuelles ?**

- Vous
- Partenaire
- A égalité

## ***III Pendant la grossesse***

**15- Comment cette grossesse a-t-elle été obtenue ?**

- Spontanément
- Par Procréation Médicalement Assistée (PMA)

**16- De quelle manière est-elle survenue ?**

- Involontairement
- Volontairement

**17- Avant d'avoir des doutes sur votre état de grossesse, aviez-vous observé une baisse du désir ?**

- oui
- non
- je ne sais pas

**18- L'annonce de votre grossesse a-t-elle entraîné une modification du désir ? Pendant combien de temps ?**

	Modification du désir			Durée
Vous	↑	↓	=	.....
Votre partenaire à votre avis	↑	↓	=	.....

**19- Avez-vous été hospitalisée ?**      oui      non  
Si oui, pour quel motif ? .....

**20- Avez-vous observé des changements dans votre sexualité ?**      oui      non  
Si oui, lesquels ?

	Jusqu'à 3 mois			4 à 7 mois			8 <sup>ème</sup> et 9 <sup>ème</sup> mois		
Variation de désir	↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
Variation de plaisir	↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
Fréquence des orgasmes *	↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
Variation de lubrification vaginale	↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
Fréquence des rapports sexuels **	↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
Durée des rapports sexuels	↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
Fréquence des pénétrations	↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
Discordance entre vos désirs et ceux de votre partenaire	oui	non		oui	non		oui	non	

\* Orgasme : point culminant du plaisir sexuel

\*\* Rapports sexuels : toute caresse intime avec ou sans pénétration

			Jusqu'à 3 mois			4 à 7 mois			8 <sup>ème</sup> et 9 <sup>ème</sup> mois		
Variation des masturbations	Par votre partenaire	Envers vous	↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
		Envers lui	↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
	Par vous	Envers vous	↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
		Envers lui	↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
Variation des caresses intimes	Par vous envers votre partenaire		↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
	Par votre partenaire envers vous		↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
Variation des gestes de tendresse sans caresse intime	Par vous envers votre partenaire		↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=
	Par votre partenaire envers vous		↑	↓	=	↑	↓	=	↑	↓	=

**21- Quelle(s) étaient la/les position(s) la/les plus fréquentes ?**

	Missionnaire	Andromaque	Position vaginale postérieure	Position latérale	Autre : .....
Jusqu'à 3 mois					
4 à 7 mois					
8 <sup>ème</sup> et 9 <sup>ème</sup> mois					

5

**22- Au cours de la grossesse, l'un de ces symptômes a-t-il été présent ? A-t-il troublé votre sexualité ?**

	Jusqu'à 3 mois		4 à 7 mois		8 <sup>ème</sup> et 9 <sup>ème</sup> mois	
	Présence du symptôme	Trouble	Présence du symptôme	Trouble	Présence du symptôme	Trouble
Nausées et vomissements	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Douleurs au ventre et au dos	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Tension dans les seins	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Fatigue	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Volume abdominal	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Contraction	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Autre : .....	Non	Non	Non	Non	Non	Non
	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

**23- De quelle manière vous êtes-vous adaptés aux différents symptômes de la grossesse ?**

Facilement  
Difficilement  
Sans opinion

**24- Avez-vous continué d'avoir des rapports sexuels au cours des différents mois de grossesse ? Que vous ayez poursuivi ou interrompu vos rapports, qui a pris cette décision ?**

Mois	Poursuite des rapports		A l'initiative		
M1	oui	non	De vous	De votre partenaire	Des deux
M2	oui	non	De vous	De votre partenaire	Des deux
M3	oui	non	De vous	De votre partenaire	Des deux
M4	oui	non	De vous	De votre partenaire	Des deux
M5	oui	non	De vous	De votre partenaire	Des deux
M6	oui	non	De vous	De votre partenaire	Des deux
M7	oui	non	De vous	De votre partenaire	Des deux
M8	oui	non	De vous	De votre partenaire	Des deux
M9	oui	non	De vous	De votre partenaire	Des deux

6

**25-** Ressentez-vous l'une de ces peurs ? Si oui, a-t-elle engendré une diminution voire un arrêt des rapports sexuels ?

	Peur présente (case à cocher)	Diminution ou arrêt des rapports
Peur d'avoir des contractions		
Peur de la fausse couche		
Peur « d'abîmer » le bébé		
Peur de faire mal au bébé		
Peur que le bébé vous voit		
Peur de sentir le bébé		

**26-** Avez-vous eu d'autres peurs ?      oui      non  
Si oui, lesquelles ? .....

**27-** Vous a-t-on, pendant la grossesse, conseillé d'éviter d'avoir des rapports sexuels ?      oui  
non  
Si oui, qui et pourquoi ? .....

**28-** Votre regard et celui de votre partenaire sur votre image corporelle modifiée par la grossesse (augmentation du volume de la poitrine, ventre rond, etc.) ont-ils eu une influence sur votre sexualité ?

	Influence		
Votre regard	+	-	Pas d'influence
Regard de votre partenaire à votre avis	+	-	Pas d'influence

+ : influence positive

- : influence négative

**29-** Mis à part votre image corporelle, le fait de porter un bébé a-t-il eu une influence sur votre sexualité ?

	Influence		
Votre regard	+	-	Pas d'influence
Regard de votre partenaire à votre avis	+	-	Pas d'influence

**30-** La présence de mouvements de votre enfant vous a-t-elle gênée lors de vos rapports ?

	Gêne	
Votre point de vue	oui	non
Point de vue de votre partenaire à votre avis	oui	non

7

**31- Comment qualifieriez-vous votre sexualité pendant la grossesse ?**

	Jusqu'à 3 mois	4 à 7 mois	8 <sup>ème</sup> et 9 <sup>ème</sup> mois
Insatisfaisante			
Peu satisfaisante			
Satisfaisante			
Très satisfaisante			

*Remarques, commentaires, suggestions libres :*

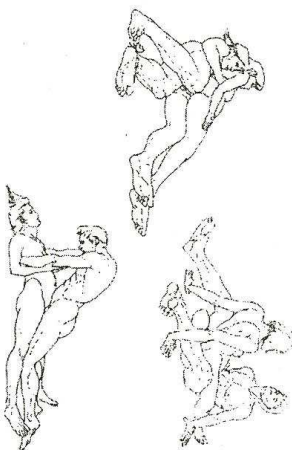
Je vous remercie sincèrement de votre disponibilité et d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

## Positions et astuces

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

### Quelles sont les positions compatibles avec un gros ventre ?

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



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

## Contre-indications aux rapports sexuels

Les rapports sexuels peuvent avoir lieu jusqu'au jour de l'accouchement, cependant il existe certaines contre-indications : « Antécédents de naissances prématurées » Menace d'accouchement prématuré « Rupture précoce des membranes » Écoulement sanguin inexpliqué « Placenta bas inséré » Grossesse multiple.

N'avez pas de craintes, si les rapports sexuels vous sont interdits, votre gynécologue ou la sage-femme vous en informera. Si vous-même avez un doute, n'hésitez pas à faire part de vos préoccupations aux personnes qualifiées qui suivent votre grossesse.

*Gynécologues et sages-femmes ne sont pas là pour juger, mais pour rassurer, vous permettant de vivre une grossesse épanouie.*

5

## A retenir

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

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

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

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

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

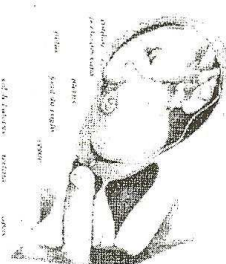
« Le bébé est sensible aux caresses sur le ventre de sa future maman. »

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

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

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

*Les gynécologues et sages-femmes sont des personnes qualifiées pour répondre à toutes vos interrogations, dans n'importe quel cas !*



## En conclusion

Il est conseillé de continuer à faire l'amour pour le bonheur des deux partenaires et la bonne santé du couple. Maintenir une activité sexuelle pendant la grossesse apporte un sentiment de sécurité et renforce le lien affectif entre les conjoints car il faut savoir qu'il persiste souvent chez la femme enceinte un désir très intense de démonstrations d'amour.

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

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

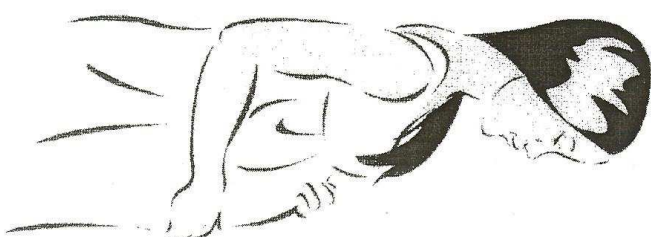
*Dépliant conçu et présenté par Karyline Riou, étudiante sage-femme élève agréée en titraire de son mémoire portant sur "le manque d'informations sur les rapports sexuels pendant la grossesse".*

6

# L'amour en attendant...

## Informations sur la sexualité pendant la grossesse

La sexualité pendant la grossesse est, aujourd'hui encore, un sujet tabou, délicat dont on ne parle que très peu : nous proposons aux futurs parents cette documentation explicative afin de le banaliser. La grossesse est une aventure unique pour chaque couple et chacun vit ce "voyage" long de neuf mois selon ses convictions et son imagination. Ce dépliant vous donnera des réponses simples aux multiples questions qui restent trop souvent tues.



1

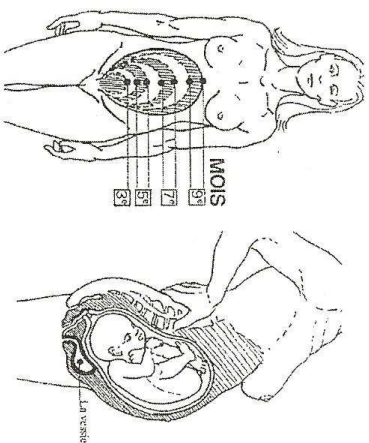
## Les modifications anatomiques

### Les seins

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

### Utérus

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



### Le vagin

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

### La vulve

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

### En général

De nombreuses modifications surprenantes sont observées au niveau du corps :

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

2

## Évolution de la sexualité au cours de la grossesse

### Premier trimestre : le temps de la sexualité

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

#### Manifestations physiques

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

#### Transformations psychiques

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

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

#### Deuxième trimestre : l'amour comme avant

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

#### Manifestations physiques

- \* Nausées et fatigues se sont envolées.
- \* Le ventre s'est arrondi, mais pas gênant, permettant une vie sexuelle intensive et harmonieuse.
- \* La peau est de velours, la chevelure superbe, les seins glorieux.

\* Le taux d'hormones féminines augmente considérablement. Au niveau du vagin, l'afflux de sang dans les veines pelviennes entraîne un engorgement du bas ventre provoquant une congestion permanente du sexe, la lubrification vaginale est importante.

\* Ainsi, certaines femmes découvriront leur premier orgasme à ce moment-là.

\* Le partenaire peut être intimidé par les légers changements physiques mais le regain de vitalité et l'enthousiasme de la future mère le bouleversent.

#### Transformations psychiques

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

#### Quand bébé commence à s'implanter

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

#### Il faut savoir

3

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

\* Ne pas confondre les spasmes orgasmiques avec les contractions utérines.

#### Grossesse et entente du couple

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

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

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

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

Où le partenaire se situe-t-il : comme époux, amant ou père ? Les futurs parents doivent se faire plaisir et par les relations sexuelles et par la complicité : le dialogue permet de conserver une entente harmonieuse.

L'enfant dans le ventre doit apparaître comme une preuve d'amour, un lien supplémentaire, un nouveau centre d'intérêt et d'intérêts communs.

#### Attendre un enfant à deux, c'est magique et gratifiant

#### Troisième trimestre : un désir inconstant

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

#### Trois mois passés d'insouciance

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

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

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

#### La tendresse prime

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

Chaque membre du couple doit se montrer compréhensif et sécurisant !

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

4

## Résumé

**Titre** : Les modifications des pratiques sexuelles pendant la grossesse chez la femme.

**Auteur** : GABORIAU Solène

**Objectif** : Constater les modifications éventuelles des comportements sexuels de la femme pendant la grossesse, l'impact de la grossesse sur la sexualité des couples, leur adaptation, ainsi que les ressentis. Ceci, afin de permettre aux sages-femmes d'avoir un conseil adapté car malgré sa large diffusion par les médias, la sexualité reste un sujet complexe et délicat, qui est peu abordé pendant la grossesse par le corps médical.

**Méthode** : Analyse rétrospective analytique, par questionnaires anonymes portant sur les changements des pratiques sexuelles, auprès de 108 accouchées au CHU d'Angers du 22 octobre au 11 novembre 2013. Inclusion des patientes du 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> étage du CHU d'Angers ayant signé un formulaire de consentement. Exclusion des patientes hospitalisées en service de grossesses pathologiques suite à leur accouchement, des femmes seules, des femmes peu francophones, de celles ayant présenté une MAP, une RPM, un Placenta praevia, ou des métrorragies inexpliquées

**Résultats** : A partir du 7<sup>e</sup> mois, le taux d'arrêt des rapports sexuels augmente pour atteindre 58% au 9<sup>e</sup> mois. On n'observe pas d'augmentation des pratiques de substitution. 44% des femmes sont insatisfaites de leur sexualité en fin de grossesse.

**Conclusion** : L'impact négatif de la grossesse sur la fonction sexuelle féminine est notoire et ne doit pas être négligé. La sage femme se doit d'être sensible aux difficultés pouvant survenir et veiller à aborder ce sujet sensible. L'objectif de ce dialogue étant la mise en place d'un cadre rassurant et propice à l'épanouissement des femmes.

**Mots clés** : sexualité ; grossesse ; comportement sexuel ; pratiques sexuelles ; modifications

## Abstract

**Title** : Changes in sexual practices during pregnancy in women.

**Author** : GABORIAU Solène

**Objective** : Recognize possible changes in women's sexual behavior during pregnancy, the impact of pregnancy on the sexuality of couples, their adaptation, as well as felt. This is to enable midwives to have a suitable board because despite its widespread use by the media, sexuality remains a complex and sensitive issue that is rarely addressed during pregnancy by the medical profession.

**Method** : Retrospective analysis analytical, by anonymous questionnaires on changes in sexual practices, from birth to 108 CHU d'Angers from 22 October to 11 November 2013. Inclusion of patients in the 2nd, 3rd, 4th floor CHU who signed a consent form. Excluding inpatients in pathological pregnancies unit after childbirth, single women, low francophone women, women who have had a preterm labour, a premature rupture of membranes, Placenta previa a or unexplained bleeding.

**Results** : From the 7th month, the arrest sex rate increases to 58% in 9 months. Increase practical alternative are not observed. 44% of women are dissatisfied with their sexuality in late pregnancy.

**Conclusion** : The negative impact of pregnancy on female sexual function is well known and should not be overlooked. The midwife must be sensitive to the difficulties that may arise and ensure to address this sensitive issue. The aim of this dialogue is the establishment of a reassuring and conducive framework to women's development.

**Keywords** : sexuality ; pregnancy ; sexual behavior ; sexual practices ; changes