

UNIVERSITÉ D'ANGERS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2013

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Aude-Marie DUCHÊNE; DUCHÊNE-PATON

Née le 10 Septembre 1985 à Poitiers (86)

Présentée et soutenue publiquement le : 25 Avril 2013

***CE QUE VEULENT LES FEMMES... : ATTENTES DES FEMMES
ENCEINTES AU TROISIÈME TRIMESTRE ENVERS LEURS SOIGNANTS
QUANT À LEURS VÉCU ET REPRÉSENTATIONS DE LA SEXUALITÉ
PENDANT LA GROSSESSE.***

Président : Monsieur le Professeur GARNIER François

Directeur : Madame le Professeur BARON Céline

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Doyen
Vice doyen recherche
Vice doyen pédagogie

Pr. RICHARD
Pr. BAUFRETON
Pr. COUTANT

Doyens Honoraires : Pr. BIGORGNE, Pr. EMILE, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. SAINT-ANDRÉ

Professeur Émérite : Pr. Gilles GUY, Pr. Jean-Pierre ARNAUD

Professeurs Honoraires : Pr. ACHARD, Pr. ALLAIN, Pr. ALQUIER, Pr. BASLÉ, Pr. BIGORGNE, Pr. BOASSON, Pr. BOYER, Pr. BREGEON, Pr. CARBONNELLE, Pr. CARON-POITREAU, Pr. M. CAVELLAT, Pr. COUPRIS, Pr. DAUVER, Pr. DELHUMEAU, Pr. DENIS, Pr. DUBIN, Pr. EMILE, Pr. FOURNIÉ, Pr. FRANÇOIS, Pr. FRESSINAUD, Pr. GESLIN, Pr. GROSIEUX, Pr. GUY, Pr. HUREZ, Pr. JALLET, Pr. LARGET-PIET, Pr. LARRA, Pr. LIMAL, Pr. MARCAIS, Pr. PARÉ, Pr. PENNEAU, Pr. PIDHORZ, Pr. POUPLARD, Pr. RACINEUX, Pr. REBEL, Pr. RENIER, Pr. RONCERAY, Pr. SIMARD, Pr. SORET, Pr. TADEI, Pr. TRUELLE, Pr. TUCHAIS, Pr. WARTEL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

MM. ABRAHAM Pierre	Physiologie
ASFAR Pierre	Réanimation médicale
AUBÉ Christophe	Radiologie et imagerie médicale
AUDRAN Maurice	Rhumatologie
AZZOUZI Abdel-Rahmène	Urologie
Mmes BARON Céline	Médecine générale (professeur associé)
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire
MM. BATAILLE François-Régis	Hématologie ; Transfusion
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEAUCHET Olivier	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
BEYDON Laurent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNEAU Dominique	Génétique
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie
CALÈS Paul	Gastroentérologie ; hépatologie
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie option cancérologie
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie
COUTANT Régis	Pédiatrie
COUTURIER Olivier	Biophysique et Médecine nucléaire
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
de BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DIQUET Bertrand	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie

	ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	FANELLO Serge	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
	FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie
	FURBER Alain	Cardiologie
	GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie
	GARNIER François	Médecine générale (professeur associé)
MM.	GARRÉ Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes
	GINIÈS Jean-Louis	Pédiatrie
	GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	HAMY Antoine	Chirurgie générale
	HUEZ Jean-François	Médecine générale
Mme	HUNAUT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion
M.	IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion
Mmes	JEANNIN Pascale	Immunologie
	JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie
	LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie et réanimation ; médecine d'urgence option anesthésiologie et réanimation
	LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile
	LE JEUNE Jean-Jacques	Biophysique et médecine nucléaire
	LE ROLLE Nicolas	Réanimation médicale
	LEFTHÉRIOTIS Georges	Physiologie
	LEGRAND Erick	Rhumatologie
Mme	LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	MALTHIÉRY Yves	Biochimie et biologie moléculaire
	MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie
	MENEI Philippe	Neurochirurgie
	MERCAT Alain	Réanimation médicale
	MERCIER Philippe	Anatomie
Mmes	NGUYEN Sylvie	Pédiatrie
	PENNEAU-FONTBONNE Dominique	Médecine et santé au travail
MM.	PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile
	PROCACCIO Vincent	Génétique
	PRUNIER Fabrice	Cardiologie
	REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
MM.	RODIEN Patrice	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROHMER Vincent	Endocrinologie et maladies métaboliques
	ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail
Mmes	ROUGÉ-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé

	ROUSSELET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
	SAINT-ANDRÉ Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques
	SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique
	SUBRA Jean-François	Néphrologie
	URBAN Thierry	Pneumologie
	VERNY Christophe	Neurologie
	VERRET Jean-Luc	Dermato-vénéréologie
MM.	WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale
	ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM.	ANNAIX Claude	Biophysique et médecine nucléaire
	ANNWEILER Cédric	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie option , gériatrie et biologie du vieillissement
Mmes	BEAUVILLAIN Céline	Immunologie
	BELIZNA Cristina	Médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement
	BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion
M.	BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mme	BOUTON Céline	Médecine générale (maître de conférences associé)
MM.	CAILLIEZ Éric	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
	CHEVAILLER Alain	Immunologie
Mme	CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire
MM.	CONNAN Laurent	Médecine générale (maître de conférences associé)
	CRONIER Patrick	Anatomie
	CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie
Mme	DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MM.	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Nutrition
	FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie
	HINDRE François	Biophysique et médecine nucléaire
	JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé
MM.	LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire
	LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire
Mmes	LOISEAU-MAINGOT Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
	MARCHAND-LIBOUBAN Hélène	Biologie cellulaire

MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MESLIER Nicole	Physiologie
MM. MOUILLIE Jean-Marc	<i>Philosophie</i>
PAPON Xavier	Anatomie
Mmes PASCO-PAPON Anne	Radiologie et Imagerie médicale
PELLIER Isabelle	Pédiatrie
PENCHAUD Anne-Laurence	<i>Sociologie</i>
M. PIHET Marc	Parasitologie et mycologie
Mme PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire
M. PUISSANT Hugues	Génétique
Mmes ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques
SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
MM. SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire
TURCANT Alain	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

septembre 2012

COMPOSITION DU JURY

Président du jury :

Monsieur le Professeur GARNIER François

Directeur de thèse :

Madame le Professeur BARON Céline

Membres du jury :

Madame	le	Professeur	BARON	Céline
Madame	le	Docteur	FAYE	Pascale
Madame	le	Docteur	TESTIER	Elisabeth
Madame	le	Docteur	DE CASABIANCA	Catherine
Madame le Docteur GOHIER Bénédicte				

Remerciements

A Monsieur le Professeur GARNIER,

Pour avoir accepté sans hésitation de présider ce jury.
Mon premier cours d'interne était celui que vous réalisiez sur le thème de la sexualité.
Merci de m'avoir donné envie de prolonger cet enseignement.
Comme un écho, aujourd'hui vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse dans
ce domaine.

A Madame le Professeur BARON,

Pour avoir accepté de diriger ce travail.
Ce travail fut fastidieux, un parcours semé d'embûches, merci de m'avoir aidé à le réaliser.

A Madame le Docteur FAYE,

Merci de votre aide, de votre enthousiasme.
Vous avez cru à mon projet.
Merci de l'honneur que vous me faites en jugeant mon travail.

A Madame le Docteur TESTIER,

Merci de votre intérêt et de votre spontanéité dans l'aide que vous m'avez apportée.

A Madame le Docteur DE CASABIANCA,

Pour avoir accepté de juger mon travail.

A Madame le Docteur GOHIER,

Pour avoir accepté d'apporter la vision de la psychiatrie sur mon travail.

A Monsieur le Docteur TROUSSIER,
Pour votre aide précieuse dans les moments difficiles de la réalisation de ce travail.
Pour votre gentillesse, votre patience et votre écoute.
Merci de ce temps pris pour m'aider dans mes recherches et à me redonner foi dans mon travail.

A Madame le Docteur UZUREAU,
Pour votre compréhension et votre soutien dans la réalisation de mon travail.
Vous avez cru en mon projet, sachez que votre enthousiasme m'a profondément aidé.

A Mesdames COMBREAU, GILET, RIVRON et Madame le Docteur LAVIGNE,
Pour votre participation active lors du recrutement des patientes qui ont accepté de répondre à mes entretiens.
Sans votre aide, ce travail n'aurait pas vu le jour.
Ayez conscience de mon infinie gratitude.

A toutes les patientes qui ont répondu à mes entretiens,
Pour leur disponibilité et leurs encouragements à mener à bien mon travail,
Quoi de plus motivant que l'enthousiasme et le soutien des patientes ?

A mes maîtres de stages SASPAS,
Monsieur le Docteur GARREAU, Monsieur le Docteur BOUVET et Madame le Docteur VEILLEROT,
Pour votre patience et votre aide dans mon travail,
Votre investissement dans ma formation et dans mon projet de thèse m'ont vraiment aidé.
Merci d'avoir su m'écouter râler quand les difficultés s'accumulaient.
Vous avez montré à mon égard un soutien et une attention que je n'oublierai pas.
Je suis impressionnée par votre (re)mise en question perpétuelle et votre ouverture d'esprit.

A Monsieur le Docteur GÉ,
Pour ces longues discussions en voiture, merci de m'avoir transmis une partie de votre expérience et de votre réflexion.

A mes amis, ma famille,

Qui ont pâti de mes absences sous le motif « désolée, faut j'travaille »
Merci de votre compréhension et de votre soutien infaillible

A Denis,

Pour ta relecture

A mon mari,

Je ne sais même pas par quoi commencer tellement je te suis redevable.
Merci d'être là, merci d'être toi...
Pour ta patience durant ces longues années d'études, ton énergie, ton soutien,
Pour ton écoute, tes encouragements
Et pour ces belles années qui sont devant nous...

Dédiée à notre fille,

Qui est née de quelques jours.
Comme une interaction avec toi dans mon ventre quand j'ai rédigé ce travail.
Tu as ponctué ce travail par tes manifestations, merci d'enseigner nos vies.

Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
HAS : Haute Autorité de Santé
AMP : Assistance médicale à la procréation
IVG : Interruption volontaire de grossesse
IMG : Interruption médicale de grossesse
SA : Semaines d'aménorrhée
PMI : Protection Maternelle et Infantile
CDD : Contrat à durée déterminée
CDI : Contrat à durée indéterminée
ORL : Oto-Rhino-Laryngologique

Plan

Introduction	page 12
Matériels et Méthodes	page 14
Résultats	page 16
Discussion	page 45
Conclusion	page 62
Références Bibliographiques	page 64
Liste des Figures	page 67
Table des Matières	page 69
Annexes	page 74
Permis d'imprimer	page 77

Introduction

L'OMS a défini en 2002, la santé sexuelle comme faisant « 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. »

Mon expérience en médecine générale m'a confronté à de nombreuses demandes de la part des patients dans le domaine de la sexologie. Celles-ci n'étaient pas toujours clairement formulées, souvent sous le joug du poids du tabou. Je me trouvais insuffisamment formée pour répondre à ces demandes, j'ai donc commencé à compléter ma formation. Par ailleurs, la confrontation avec les patientes suivies dans le cadre de leur grossesse m'a amené à pousser le raisonnement. J'ai eu peu de demandes directes de la part des femmes durant leur grossesse, en revanche les plaintes venaient plus durant le post-partum. Il semblait que la sexualité pendant la grossesse était reléguée au second plan. Cependant, lorsque je donnais une information, même très simple, sur la sexualité lors de la première consultation de suivi, les patientes étaient toutes très intéressées et c'est à ce moment là que leurs questions émergeaient. D'où mes interrogations, pourrions-nous faire un peu de préventif dans ce monde de curatif ? Ce moment de la grossesse ne peut-il pas être une apothéose de la sexualité ? Sommes-nous tenus à une dégradation des relations intimes comme suite de la conception d'un enfant ? Et les femmes, elles, quand disent-elles ? Voudraient-elles en parler ?

J'ai donc commencé mes recherches sur le sujet. W. MASTERS et V. JOHNSON en 1966 ont analysé la sexualité pendant la grossesse chez 111 femmes. Ils décrivent au premier trimestre une diminution du désir et du plaisir sexuel chez 33 des 43 femmes nullipares alors qu'il y a peu de modifications chez les parés. Au deuxième trimestre ils constatent une nette augmentation de l'érotisme et de l'orgasme. Au troisième trimestre, ils relèvent une nette baisse du désir et de la fréquence des rapports (1). W. PASINI montre une diminution progressive du désir, de la satisfaction et de la fréquence tout au long de la grossesse (2). S REICHENBACH, montre que le désir sexuel de l'homme diminue progressivement au cours de la grossesse. Il est diminué chez 27% des hommes au 3e trimestre. Il révèle que 65,3% des hommes estiment avoir plus de désir que leur compagne. La baisse du désir de l'homme étant significativement plus lente comparée à la femme. Par ailleurs, cette équipe a démontré que l'entente sexuelle était passée de 93,9% avant la grossesse à 69% des partenaires pendant. En revanche, l'entente dans le couple est

inchangée. 65% disent que le professionnel devrait l'aborder de lui-même. Le moyen d'information privilégié est la brochure d'information suivie du dialogue avec le professionnel et les réunions avec d'autres hommes (3). K-L RUOL révèle que 37% des couples n'a reçu aucune information sur la sexualité pendant la grossesse. 43% des couples souhaitent une proposition d'information sans solliciter les soignants (4,5). Enfin, M SZEJER explique que la sexualité des suites de couches dépend de la qualité de la sexualité pendant la grossesse (6) mais aussi selon C FABRE-CLERGUE des conseils pertinents ou non donné pendant la grossesse (7,8). M. DE JUDICIBUS et M. McCABE montrent que la satisfaction relationnelle explique le niveau de satisfaction sexuelle durant la grossesse et est prédictif du niveau de désir sexuel du post-partum (9). BRUMMEN, démontre que l'absence de relation sexuelle au début de la grossesse (12 SA) est un facteur prédictif d'insatisfaction sexuelle 1 an après l'accouchement (10).

L'OMS, dans ses recommandations sur les soins liés à la grossesse de 2002 souligne l'importance de la prise en charge de la sexualité pendant la grossesse (11). La question est de savoir comment. En effet, aucune de ses recommandations n'explicite à quel moment nous devons aborder le thème de la sexualité, sous quel angle et quels thèmes évoqués. L'HAS, dans sa brochure de recommandations professionnelles « Comment mieux informer les femmes enceintes? » paru en avril 2005 (12), indique que les consultations « doivent permettre aux femmes de parler de problèmes qui touchent à l'intimité du couple, à la fragilité affective et a fortiori de problèmes délicats comme les violences domestiques, les abus sexuels, les maladies psychiatriques et la consommation de toxiques ou les addictions ». De manière plus explicite, dans ses recommandations sur « La préparation à la naissance et à la parentalité » de novembre 2005 ce même organisme préconise de se renseigner sur la sexualité des femmes enceintes (13).

Ainsi, j'ai cherché à savoir ce qu'en pensent les principales concernées, les femmes enceintes ? Qu'attendent-elles de leurs soignants, du point de vue de l'abord de la sexualité, de l'information à ce sujet, quel moment est le plus approprié, en fonction de leur vécu et de leurs représentations de la sexualité pendant la grossesse.

Matériels et Méthodes

I) Le type d'étude et la population d'étude

Cette étude prospective, qualitative a été réalisée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 14 femmes enceintes de 32 à 41 SA, âgées entre 18 et 45 ans. Les entretiens ont été réalisés de septembre à octobre 2012. Les patientes étaient issues de la population générale angevine.

II) L'organisation du recrutement

Le mode de recrutement est à variable raisonnée. J'ai contacté 12 sages-femmes libérales par courriel ou téléphone pour organiser ce recrutement, 6 m'ont répondu favorablement et 3 m'ont effectivement transmis des noms de patientes. J'ai aussi contacté 5 médecins généralistes libéraux ayant une activité de gynécologie qui ont tous accepté, 4 m'ont transmis des noms de patientes. Un courriel a aussi été envoyé aux soignants du centre de planification familial d'Angers qui m'ont mis en lien avec une patiente. Ces professionnels ou moi-même ont informé oralement leurs patientes sur le déroulement de l'étude lors de consultations ou de séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Par ailleurs, tous les soignants participants avaient une affiche d'information qu'ils pouvaient placer dans leur cabinet avec mes coordonnées. (Annexe 1)

Les femmes qui ont accepté de répondre à un entretien en face à face ou qui souhaitaient plus de renseignements ont laissé leur coordonnées téléphoniques pour que je les recontacte. Les soignants, m'ont ensuite transmis leurs coordonnées par courriels ou voix orale. Je leur ai ensuite téléphoné afin de répondre à leurs interrogations quant au déroulement de ce travail et fixer un rendez-vous pour l'entretien. Les entretiens se sont déroulés soit à leur domicile soit au cabinet de leur soignant.

III) La grille d'entretien

La grille d'entretien (Annexe 2) a été construite à partir des études sur la sexualité pendant la grossesse déjà parues (2,4,5,14). Elle comprenait l'exploration :

- Des caractéristiques générales sociologiques (âge, sexe, statut marital...), les antécédents (médicaux, chirurgicaux, psychologiques ou psychiatriques, gynécologiques et obstétricaux)
- Du vécu physique et psychologique de leur grossesse

- De la représentation qu'elles avaient de leur grossesse (désir, attente) et de leur corps
- De la qualité de leur relation avec leur conjoint (intimité, complicité, communication, sécurité...)
- De leur sexualité pendant la grossesse et en particulier au 3^e trimestre, par rapport à avant celle-ci : satisfaction, désir, plaisir, orgasme, fréquence relative, douleur, inquiétudes de leur part où celles évoquées par leur conjoint, représentations qu'elles peuvent avoir de la sexualité à ce moment particulier de leur vie de femme.
- De l'abord de la sexualité pendant la grossesse avec un professionnel de santé (présent ou non, souhaité ou non, manière et période de l'aborder, thèmes à traiter)

Cette grille a évolué au cours des entretiens pour plus de fluidité et de compréhensibilité.

IV) Les entretiens réalisés

11 entretiens se sont déroulés au domicile des patientes et 3 au cabinet de leur praticien. Ils ont duré entre 31 min et 1h20, en moyenne 39.9 min (fig 1). 13 femmes ont choisi un horaire et un lieu permettant de réaliser l'entretien en l'absence de leur conjoint. 1 seul entretien a été réalisé en présence du mari dans la pièce. 9 des femmes interrogées sont recrutées par une sage-femme. 1 est issue du centre de planification familial et 4 d'un médecin généraliste.

Le recrutement a commencé fin juillet 2012. Les entretiens se sont déroulés de début septembre à fin octobre 2012.

V) L'analyse des données

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données. Les enregistrements audios correspondants ont été retranscrits en verbatim. Ces derniers ont ensuite été analysés en simple codage sous forme thématique.

Résultats

I) Description des femmes interrogées

1. Les données sociodémographiques

19 femmes ont accepté de répondre à mon entretien. Parmi elles, 3 ont accouché avant la date du rendez-vous. Une a annulé. Et une a été exclue car elle était sage-femme de profession et son mari militaire était parti en mission tout le long de sa grossesse. J'ai donc estimé que pour interroger sur l'information que les femmes souhaitaient par rapport à leur sexualité pendant la grossesse, cet entretien aurait été trop biaisé. J'ai donc réalisé 14 entretiens. Ces femmes avaient entre 27 et 40 ans (fig 2). Le terme de leur grossesse était compris entre 32 et 38 SA (fig 3). 7 femmes étaient mariées, 5 pacsées, 1 vivait en concubinage et 1 était célibataire géographique, récemment de nouveau en couple avec le père du bébé parti un temps pendant la grossesse. Leur partenaire avait entre 26 et 38 ans (fig 2). Elles étaient en couple avec le père du bébé depuis 1.5 à 20 ans, en moyenne 7.25 années (fig 4).

Il s'agissait de leur première grossesse pour 8 femmes, les 6 autres avaient 1 enfant. 2 avaient eu recours à l'AMP. 4 n'avaient pas prévu leur grossesse (problème dans la prise de contraceptif, attente de la pose d'un stérilet, gestion « naturelle » de la contraception, recours à la PMA pour la grossesse antérieure et accouchement récent). Le délai de conception des grossesses prévues était entre 1 et 108 mois avec une moyenne de 11.25 mois (fig 5).

2. Leurs antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques

Sur le plan médical, 7 des femmes interrogées n'avaient pas d'antécédent. Une souffrait de démangeaison inexpliquée traitée par Atarax®, 2 se plaignaient de cystites à répétition, une était surveillée pour son hypercholestérolémie. Une femme avait un asthme, une autre de l'insuffisance veineuse et une dysthyroïdie. Enfin, une avait eu un long suivi à l'hôpital du XV-XX à Paris pour un glaucome congénital sur son œil gauche, polymalformé (cataracte, malformation rétinienne) et qui s'était éviscéré quelques années auparavant et nécessitant la pose d'une prothèse oculaire. Son autre œil étant très myope, elle bénéficiait toujours d'un suivi rapproché et craignait le décollement rétinien lors des efforts expulsifs de l'accouchement. Il n'y avait à priori pas de risque malformatif oculaire pour l'enfant à venir.

Sur le plan chirurgical, 6 n'avaient pas d'antécédent. On retrouvait des chirurgies ORL, une viscérale et des orthopédiques avec notamment une chirurgie pour scoliose dans l'enfance. Cette dernière était génératrice, pour la femme concernée, d'une appréhension envers le risque infectieux de la péridurale. Elle avait donc choisi d'accoucher sans cette aide. Ceci entraînait une appréhension de la douleur pour l'accouchement comme elle l'avait connu pour sa première grossesse.

Sur le plan psychologique, 4 n'avaient pas d'antécédent. 3 avaient présenté des troubles du comportement alimentaire, 1 avec des phases d'alternance anorexie-boulimie, 2 de l'anorexie. Pour chacune ces troubles étaient résolus depuis 6 à 10 ans. 4 avaient des antécédents de dépressions, tous résolus. Pour 2 d'entre-elles il s'agissait de dépression réactionnelle à une période de harcèlement scolaire à l'adolescence. Pour une autre, la dépression était en lien avec un conflit professionnel. Enfin, 3 ont présenté des troubles de type anxieux, dont une pour des raisons de conflits familiaux.

3. Leurs antécédents gynécologiques

7 des femmes interrogées ne déclaraient pas de pathologie ou intervention gynécologique. Deux femmes avaient présenté des kystes dermoïdes. Une femme présentait un syndrome des ovaires polykystiques, une autre de l'endométriose. Une femme évoquait un vaginisme ancien et guérit. Pour l'interruption volontaire de grossesse, une des femmes en avait bénéficié une fois 4 ans auparavant, une autre deux fois il y avait une dizaine d'année. Aucune n'avait subi d'interruption médicale de grossesse. Deux femmes avaient bénéficié de l'aide médicale à la procréation pour la grossesse en cours et une pour une grossesse précédente. 4 des femmes entretenues avaient fait une fausse couche avant la grossesse en cours. Parmi les 6 femmes qui avaient un enfant, lors de la grossesse précédente 2 ont développé un diabète gestationnel et une un kyste ovarien à cause duquel l'interruption médicale de grossesse a été envisagée.

II) Descriptions de leur grossesse

1. Leur suivi médical : toujours pluriel

Le suivi de la grossesse a été assurée par une sage-femme pour 5 femmes, un médecin généraliste pour 5 autres et enfin un gynécologue pour les 4 dernières. Cependant on constate que la prise en charge était toujours plurielle même si l'intervention de l'un des soignants ne peut être qu'occasionnelle. En effet, 6 femmes ont rencontré une sage-femme et un médecin généraliste, les autres ont rencontré une sage-femme, un médecin généraliste

et un gynécologue. 11 ont fait les séances de préparation à la naissance, les 3 autres les ayant faites lors de leur grossesse précédente.

2. Le contexte de la grossesse

➤ Les atteintes médico-chirurgicales secondaires

Le déroulement de la grossesse a été marqué pour une femme par un diabète gestationnel avec macrosomie fœtal. Deux femmes souffraient d'insomnie, une de céphalée, cinq de carence martiale, une autre de reflux gastro-œsophagien. Une femme a été particulièrement gênée par des douleurs ligamentaires. 3 femmes ont présenté des contractions allant pour une jusqu'à la nécessité d'hospitalisation. Une des femmes a vu apparaître avec la grossesse des cystites, une hypothyroïdie et une sciatique. Une autre évoquait la gêne liées à l'apparition de varices vulvaires.

Du point de vue médicamenteux, on retrouvait des compléments vitaminiques (Gynéfam®, Gestarelle®), des médicaments conventionnels, d'homéopathie et de phytothérapie. Pour les médicaments conventionnels on retrouve l'utilisation du paracétamol, de fer (Tardyferon®), de Gaviscon®, du Donormyl®, de l'Atarax® et du Lévothyrox®. En ce qui concerne l'homéopathie, étaient présentes, l'utilisation de passiflora, de gelsénium, d'ignatia, d'arnica, et d'actaea racemosa. La phytothérapie est représentée par l'utilisation de vigne rouge afin de faire régresser des varices vulvaires.

➤ Un état psychique modifié

Plusieurs profils psychologiques se distinguaient. Une des femme parlait d'un état de « lune de miel » même si la grossesse a aussi généré un état d'anxiété et de peur vis à vis de ses proches « des fois quand le téléphone sonne j'ai l'impression qu'on va m'appeler parce qu'ils sont à l'hôpital », cette femme évoquait aussi des cauchemars sur ce même thème.

Deux femmes parlaient d'un sentiment de solitude. Pour l'une on retrouvait un contexte de rupture familiale, pour l'autre un célibat géographique associé à un isolement social et familial. Pour cette deuxième femme, le père de l'enfant à naître souhaitait une interruption volontaire de grossesse après une conception choisie et rapide (délai de conception d'un mois).

Une autre femme expliquait la possibilité que l'enfant attendu soit atteint de trisomie 21. Après l'échographie du premier trimestre, l'équipe médicale avait proposé au couple de faire une amniocentèse. Celui-ci a refusé. La femme exprime une certaine

sérénité malgré le diagnostic envisagé.

Plusieurs femmes évoquaient la fluctuation de leur humeur.

D'autres mettaient en avant l'anxiété qu'elles ont pu ressentir. En effet, une première évoquait le risque de fausse couche initiale. Elle a présenté des saignements au début de la grossesse. Cette grossesse a été obtenue après 10 ans de PMA et une fausse couche. Une autre femme décrit une période d'appréhension initiale. Cette dernière a remarqué que certains traits de sa personnalité pouvaient être exacerbés transitoirement tels que la susceptibilité, l'agacement ou l'impatience.

4 des femmes interrogées n'évoquaient aucune difficulté psychologique pendant leur grossesse, une cinquième déclarait « tant que je suis enceinte y'a pas de soucis ».

➤ Le contexte conjugal et sexuel

- ✕ Le fonctionnement conjugal : sentiment de sécurité, importance de la communication, complémentarité voire accroissement de la connaissance de l'autre

Toutes les femmes interrogées étaient en couple et déclaraient se sentir en sécurité dans leur relation de couple, même celles dont le conjoint est parti un temps durant la grossesse.

La communication dans le couple, était un pilier important. Selon la situation, le couple était séparé la semaine ou bien sur une période plus longue pour des raisons professionnelles. Ils arrivaient à palier à cette situation d'absence par l'utilisation de nombreux moyens de communication. Cependant, il restait l'incertitude de la présence du père lors de l'accouchement du fait de ses obligations professionnelles. « Le dialogue c'est super important ». Une complétait cette notion de dialogue par l'importance de l'humour dans leur couple et l'aide que cela leur apportait dans la communication. Une femme évoquait aussi un mode de communication avec « pas mal de conflits », comme « un mode de communication », la qualité de la communication étant fluctuante. Enfin, les avis sont partagés entre une parole complètement libérée « on se dit tout », beaucoup s'accordent sur l'absence de tabou au sein du couple, certaines exprimant toutefois la nécessité de préserver un « jardin secret ».

Plusieurs femmes expliquaient vivre une relation très fusionnelle tant physiquement que psychologiquement même s'ils conservaient chacun une vie sociale. Une exprimait « on ne fait qu'un ».

La relation de confiance et de soutien réciproque semblait primordiale pour

beaucoup de femmes interrogées. La « protection réciproque » était aussi particulièrement évoquée. La notion de « bases solides » du couple est apparue comme importante, avec un rôle de « pilier » mutuel dans le couple. Par ailleurs, les notions de proximité, de complicité, de complémentarité et d'intimité semblaient importantes pour beaucoup des femmes. Une des femmes a introduit l'idée de « connaissance réciproque » des partenaires pour une meilleure adéquation. Plusieurs femmes ont évoqué que leur conjoint avait un rôle multiple de « meilleur ami », confident, amant, mari et (bientôt) père de leurs enfants.

D'autres femmes dont la grossesse actuelle ou première était intervenue très tôt dans l'histoire du couple ont expliqué que leur couple avait eu peu de temps à deux mais qu'ils tentaient de garder des moments privilégiés pour l'étayer.

✕ Le fonctionnement sexuel influencé par la sexualité antérieure

Une femme a évoqué une sécheresse vaginale nécessitant l'emploi régulier de lubrifiant, ce symptôme était antérieur à la grossesse.

Une autre a parlé de la nécessité d'une longue stimulation pour atteindre l'orgasme.

Par ailleurs, deux femmes ont exprimé le fait que la sexualité n'avait pas une place très importante pour elles et qu'elles avaient de faibles besoins concernant les rapports. C'était peut-être la raison, selon elles, pour laquelle même si la grossesse s'était accompagnée d'une réduction de la sexualité, elles n'en souffraient pas vraiment.

Plusieurs autres, à l'inverse, ont évoqué une sexualité avant la grossesse très épanouie, avec des orgasmes fréquents et un plaisir partagé. « super, magique (...) avant d'être enceinte, (...) très très bien » « c'était tout le temps, très fréquent ». Leur sexualité pouvait cependant être légèrement altérée par l'existence de cystite post-coïtale.

La variation des positions lors des rapports sexuels était mise en avant dans leur sexualité antérieure par quelques femmes.

Une autre a eu une période de vaginisme résolu depuis plusieurs années mais il restait présent à son esprit comme un risque de récurrence. Cette crainte a été particulièrement présente au début de la grossesse.

III) Le vécu du déroulement de leur grossesse

1. Le choix, l'attente et l'acceptation de leur grossesse

➤ Conception rapide ne signifie pas forcément facilité

d'acceptation

Pour des grossesses attendues, l'arrêt de la contraception remontait de un à quelques mois avant la conception. Cette rapidité était considérée comme une chance avec souvent un étonnement. Celle-ci rendait les futurs parents très heureux, ils ont accueilli la nouvelle avec « joie et sérénité ». Pour ceux dont la conception de leur enfant a été rapide, l'environnement informatif (amis, proches, média) avait tellement avancé les difficultés d'avoir un enfant que beaucoup se disait « ça prendra sûrement un an » d'où la surprise au moment du diagnostic. Dans le même cas de figure, cette conception rapide (1 mois), était vécue très positivement, certes comme une « surprise » mais la maman était réjouie et l'a acceptée très facilement. En revanche, le père, avec lequel la relation de couple était récente a eu plus de difficulté, il a même proposé l'interruption volontaire de grossesse. Sa conjointe a refusé. Là encore, la maman expliquait qu'ils pensaient que ça prendrait plus de temps. Comme si pour ces couples, une grossesse dont le choix a été fait, la contraception a été arrêtée, devait se laisser attendre et désirer pour être accepter facilement. Facilité de conception choisie ne raisonnerait pas avec facilité d'acceptation.

Aussi la notion de soulagement était précisée par une femme. De nature assez anxieuse, elle a réalisé des tests au plus tôt pour mettre en place toutes les mesures de prévention et d'hygiène de vie accompagnant la grossesse. La notion d'incertitude et d'attente aurait été difficile à gérer pour cette dernière.

Pour beaucoup de couples, le choix de la conception a été motivé par les circonstances d'accueil du futur enfant (stabilité du couple, travail stable).

➤ Conception imprévue, souvent une ambivalence avant de se réjouir

Après un parcours de 7 ans en AMP pour l'aîné, un couple n'avait pas pris de moyen de contraception après sa naissance. La grossesse a été diagnostiquée sur exploration de douleurs abdominales. La première réaction de cette femme a été à la fois la surprise et le doute « y'a forcément une erreur ». Par ailleurs, cette nouvelle a été très transitoirement marquée par l'appréhension de la réaction du mari. Finalement, elle a été accueillie comme une « très très bonne nouvelle » compte tenu du fait que le rendez-vous était fixé quinze jours après au centre d'AMP pour reprendre les traitements.

Une autre grossesse fortuite, suite à une erreur de prise de pilule en changeant de molécule, a été évoquée. Le couple avait envisagé une grossesse dans les deux ans à venir. L'acceptation a été marquée d'une angoisse les premiers jours principalement liées aux

conditions financières et logistiques pour ce couple d'étudiants-salariés en fin d'étude. Ils se sont aussi interrogés sur le changement de mode de vie notamment des sorties. Cette ambivalence s'est estompée rapidement après la réassurance par son conjoint. L'idée que « la 3^e personne arrive » a totalement été intégrée en accueillant favorablement le fait que si le père était au chômage, leur petite aurait la chance d'avoir ses deux parents au début pour prendre soin d'elle.

Une autre femme qui avait fait une fausse couche après une attente de grossesse d'un an. Elle avait finalement décidé de se refaire poser un stérilet et de plus se consacrer à sa vie professionnelle. Elle venait justement de trouver un nouvel emploi qui lui plaisait particulièrement. La grossesse actuelle a été conçue durant l'attente de pose du stérilet. Là encore, l'émotion initiale a été marquée par une certaine ambivalence entre la crainte pour son travail en contrat à durée déterminée qu'elle espérait voir convertir en contrat à durée indéterminée, l'appréhension de l'accouchement, du changement de mode de vie et la joie d'accueillir cet enfant que son fils de 5 ans et demi et son mari attendaient avec enthousiasme.

Enfin, un couple avait une gestion « naturelle » de la contraception. Il repérait les phases du cycle et utilisait le préservatif pendant la période d'ovulation présumée. La conception de cette grossesse n'avait pas vraiment été réfléchie mais a été facilement acceptée et accueillie avec joie.

➤ Conception longue, à la faveur d'un état psychique plus favorable

Un premier couple a mis environ 1 an à concevoir leur enfant. Les mesures d'AMP ont été rapidement mise en place (au bout de 6 mois) pour un syndrome des ovaires polykystiques. Les 6 premiers mois ont été difficiles à vivre, madame était persuadée que sans traitement, la grossesse ne démarrerait pas et avait une impression de passivité désagréable. Finalement, après le début des traitements, 3 mois ont été nécessaire pour obtenir la grossesse. Selon elle, « sans doute parce que j'avais plus ou moins abandonné et que j'ai arrêté de me prendre la tête et d'y penser tous les jours ». Elle pointait la difficulté d'avoir une sexualité épanouie lors de la mise en place des traitements de stimulation dans le cadre de l'AMP. Les contrôles échographiques, les injections et la gestion des rapports aux temps opportuns ont particulièrement marqué ce couple même si finalement la durée n'a été que de 3 mois et que madame était satisfaite de débiter les traitements, « j'attendais avec impatience qu'il y ait un peu d'action ». Cette grossesse a été

acceptée très rapidement et joyeusement par la maman, le père a mis plus de temps pour réaliser que la grossesse était présente. En revanche, une fois réalisée, il se montra un mari hyper-protecteur.

Dans un autre cas, l'attente a été d'environ 9 ans. Un long parcours en AMP a été nécessaire pour cette conception. Les échecs successifs ont été très difficiles à accepter, mais il semble que le couple en soit ressorti renforcé et plus soudé et renforcé. Madame expliquait d'ailleurs l'importance des groupes de paroles qui encadraient l'adoption qu'ils avaient commencé à entreprendre. Elle pensait que cette ultime tentative avait fonctionné grâce au chemin psychologique qu'ils avaient parcouru. Par ailleurs, ils ont été très prudents avant d'être rassurés quant au bon déroulement de la grossesse et ne l'ont vraiment considérée acquise que vers le 4^e mois. Ce délai est expliqué par une fausse couche 3 ans auparavant et une hémorragie au premier trimestre.

Pour un autre couple où la conception a pris 2 ans, la femme expliquait que certes le temps leur « a paru très long » mais finalement cette grossesse est arrivée dans un contexte plus propice. Elle et son mari étaient plus épanouis professionnellement et personnellement. Selon madame, ils étaient peut-être plus tournés vers l'accueil de cet enfant.

Étonnement, ces femmes n'exprimaient pas de relation entre leur vécu sexuel et l'attente de la conception longue.

2. Le vécu physique

➤ La prise de poids vécue de façon très différente

Les conceptions et l'abord de la prise de poids étaient totalement différents d'une femme à l'autre. En effet, si une faible prise de poids (entre 5 et 6 Kilos à la période de l'entretien) était généralement très appréciée par les femmes, une prise de poids de 10 Kilos pouvait être vécu très différemment. En fait, une parlait d'une prise de poids « raisonnable », une autre qui avait un surpoids initial et avait eu du mal à perdre l'excès de poids après la première grossesse se trouvait « déformée ». L'acceptation de cette prise de poids était modulée par la localisation de celle-ci. Plusieurs femmes expliquaient qu'au début de la grossesse, elles se sont arrondies « de partout » et pas particulièrement du « ventre ». Dans ce cas, elles se sont dévalorisées. Il semble que pour une même prise de poids, localisée au niveau abdominale, celle-ci était beaucoup mieux acceptée. Elle représentait ainsi le statut de « femme enceinte ». Certaines femmes expliquaient d'ailleurs « j'adore mon ventre » en particulier en « absence de vergeture ». Elles ne se sentent pas

« déformées ». Une dernière qui avait pris 20 Kilos, ne semblait pas gênée, confiante quant à la perte du surpoids après la naissance. Aussi, le regard du conjoint sur cette prise de poids influençait la façon dont la femme l'acceptait. « Je le vis assez bien et mon mari ne me fait pas de réflexion négative ».

➤ Les modifications de la poitrine pas toujours si valorisantes

L'augmentation du volume de la poitrine était toujours vécu agréablement par ces femmes. Cependant, ce volume pouvait être accompagné de mastodynies éventuellement exacerbées aux frottements invalidantes. Une femme parlait du travail d'acceptation nécessaire autour de la modification de ses mamelons. Elle avait développé une véritable aversion, ne pouvant même pas les regarder dans un miroir. Le travail était essentiellement accès sur l'acceptation du corps. La représentation qu'elle en avait et l'origine de cette réaction restaient inconnues. « Je trouvais ça moche mais moche. Pourquoi, j'en sais rien mais j'avais du mal à les voir dans la glace ».

➤ Une diminution de l'autonomie difficile à accepter

La fatigue était fréquemment citée. Avec elle et associée à la prise de poids, la limitation de l'autonomie et des activités ont altéré le vécu de beaucoup de ces femmes. « Dans les mouvements quotidiens (...) c'est beaucoup plus difficile de se lever, se tourner ». Par ailleurs, la fatigue associée parfois aux insomnies altérait pour certaines la qualité de vie. Des femmes se plaignaient de « dormir tout le temps ». Une autre femme parlait de périodes d'hypotension artérielle ajoutées à la fatigue, difficilement conciliables avec le travail. D'autre part, limitant aussi les activités quotidiennes, certaines ont souffert de sciatique ou de douleurs ligamentaires.

➤ Les plaintes gynéco-obstétriques

Des saignements gynécologiques au premier trimestre chez une femme de rhésus négatif, nécessitant donc l'injection anticorps antiD, a marqué une femme qui gardait de cette expérience et du passage aux urgences un affect négatif. Une autre a rapporté une journée d'hospitalisation suite à une chute d'une échelle.

Les contractions sont aussi évoquées. Une femme a expliqué sa peur d'un accouchement prématuré secondaire à celles-ci.

Un autre symptôme cité était la présence de varices vulvaires pour lesquelles

aucune thérapeutique efficace n'était démontrée. La patiente concernée, après avoir demandé aux différents professionnels qui suivaient la grossesse, a finalement suivi les conseils d'autres femmes enceintes et de son pharmacien qui lui ont préconisé l'usage de vigne rouge. Elle ne s'était pas étendue sur le vécu de son symptôme. Cependant, l'énergie développée à l'expliquer et à chercher une thérapeutique traduisait son inconfort voire le retentissement sur la sexualité.

3. Le vécu psychique et sociétal

➤ Des modifications psychiques particulières à la grossesse

✕ L'abord psychique des modifications corporelles

Une femme ayant pris beaucoup de poids le vivait avec beaucoup de décontraction et de bonne humeur car « on sait pourquoi on le fait », elle n'avait visiblement aucune appréhension pour le reperdre. En revanche, parfois les modifications liées aux contraintes mécaniques (sciatiques, douleur, fatigue) ont rendu la grossesse « pas très sereine ». D'autres, particulièrement lorsqu'elles ont eu des difficultés à concevoir cet enfant ou un précédant, étaient particulièrement fières de ce ventre qui s'arrondit, « on peut montrer qu'on est enceinte ». Il démontrait la capacité du corps de ces femmes qui était mis en cause.

Le pendant de cette première vision était la non acceptation de ce nouveau corps. Certaines évoquaient leur désir de retrouver leur corps d'avant. Elles expliquaient qu'avoir « pris un peu de partout » était difficile pour elles. Une se trouvait « moche », désirant même « ne pas être prise en photos ». Le refus de cette nouvelle image était patent, parfois concomitant avec une absence totale de désir sexuel.

Entre ces deux positions, une grossesse antérieure a pu rassurer sur la capacité à « retrouver son corps » et en conséquence rendre l'actuelle grossesse plus sereine.

Comme je l'évoquais ci-dessus, une femme a eu des difficultés avec le changements de morphologie des mamelons. Un travail progressif a été nécessaire pour réussir à les regarder d'abord dans le miroir puis directement. L'origine de cette manifestation était inconnue mais la symbolique est intéressante. Le sein qui allait devenir nourricier (au moins potentiellement) devant subir une modification physiologique au cours de la grossesse, tout comme la femme qui devenait progressivement mère, le corps et l'âme n'étant pas toujours tout à fait synchronisés.

L'importance du regard du conjoint semblait très important. Une femme explique qu'elle se sentait bien enceinte, satisfaite de ne pas avoir pris trop de poids et que son

« mari me dise que je suis belle en tant que femme enceinte ».

Certaines exprimaient l'altération de l'image qu'elles avaient d'elles-mêmes liée à la fatigue, et aux difficultés.

Quelques unes expliquaient qu'actuellement elles se sentaient bien dans leur corps de femme enceinte avec un ventre caractéristique mais redoutaient les suites d'accouchement, « si le ventre reste ».

D'autres essayaient de faire « un effort » de tenue pour leur conjoint mais ne se sentaient pas « attirantes ». Elles se sentaient d'ailleurs mieux dans des vêtements amples et confortables type jogging. Beaucoup de femmes ont des difficultés à trouver des vêtements dans lesquelles elles se sentaient à la fois à l'aise et féminines.

✕ L'antécédent de fausse couche anxiogène pour la grossesse actuelle

Une femme a été particulièrement attentives aux informations et conclusions médicales. Chaque échographie était vécue avec beaucoup d'angoisse. En effet, elle avait eu une fausse couche à 11 SA avant cette grossesse. Le précédent fœtus étant malformé, même si elle se disait que « la nature fait bien les choses », elle a vécu l'actuelle grossesse avec beaucoup d'angoisse.

✕ Apprendre le sexe du bébé, une étape pas forcément aisée

Pour une femme, même si initialement elle n'avait pas de préférence concernant le sexe de son bébé. La nouvelle s'est révélée être une véritable source d'angoisse. En effet, elle s'est inscrite dans une histoire familiale où elle a souffert d'une préférence maternelle. Celle-ci a été responsable d'un conflit fraternel important. Elle avait peur de reproduire le même schéma. Elle craignait « ne pas être à la hauteur », et se demandait « est-ce que je vais l'aimer assez ? ». Son mari a joué un rôle primordial de réassurance dans cette période qui a duré 2 à 3 semaines. Sa sage-femme a aussi su la rassurer, et en cas de difficultés à la naissance, elle pourrait se faire aider d'une psychologue.

✕ Nouveau mode de vie, nouveau statut, devenir mère

Une ambiguïté paraissait chez quelques femmes entre la sérénité et l'anxiété liées aux modifications de leur mode de vie. « S'habituer », « s'adapter » à « un rythme

complètement différent » mettait en doute ces femmes. Celui-ci apparaissait principalement pour une première grossesse. Le problème était de concilier ce nouveau rôle de maman et leur vie de femme active. Pour certaines dont il s'agissait du 2^e enfant, une inquiétude portait sur leur capacité d'organisation pour assurer à la fois les besoins du premier et du nouveau-né. Plusieurs étaient inquiètes quant à leur capacité à être une « bonne maman ». Leur anxiété portait aussi sur leur capacité à subvenir aux besoins de leur enfant notamment financiers. Elles anticipaient déjà la nécessité de faire passer les besoins de cet enfant avant ceux des parents. L'inquiétude portait aussi sur leur capacité à identifier les pleurs et à donner une bonne éducation à son enfant. D'autres exprimaient une angoisse sur le mode de garde, trouver une nourrice qui leur semble adaptée et de confiance.

Par ailleurs, elles ont eu le sentiment de négliger leur statut de femme pendant cette transition à devenir mère. Ce sentiment était plutôt évoqué par des femmes ayant eu une sexualité presque inexistante, sans pour autant exprimer de souffrance dans ce domaine. Plusieurs expliquait la nécessité de « savoir trouver l'équilibre entre les trois, la mère, la femme et l'épouse ». Cependant certaines s'étaient oubliées, et ressentaient en fin de grossesse le besoin de se faire plaisir, de penser à soi. Elles ont dit : « on a plus l'impression pendant les 9 mois qu'on est maman, qu'on devient maman. Mais, du coup, les deux autres sont mis un peu à part. » Une femme a exprimé s'être très vite mise dans ce rôle de maman car elle désirait depuis longtemps un enfant. Elle avait fait une IVG 4 ans auparavant car la conception n'était pas prévue et après discussion avec son conjoint, les conditions sociales (travail, mode de vie) ne permettaient pas l'accueil optimal de cet enfant. Cette décision avait été très difficile à prendre, madame avait déjà ce désir d'enfant à l'époque. L'altération de la sexualité serait le symptôme d'un envahissement psychique du statut de mère au détriment de celui d'amante et de femme.

Plusieurs femmes évoquaient le sentiment de complétude, d'épanouissement à devenir mère, comme si pour elles, elles devenaient totalement femmes, voire épouses à travers cette maternité. Une expliquait que la grossesse « c'est une partie de la féminité ». Plusieurs exprimaient qu'en donnant la vie, elles avaient le sentiment de construire le futur, un futur commun avec leur conjoint autour d'un projet de vie. Pour beaucoup, la grossesse est une continuité de leur vie de couple, un prolongement voire une concrétisation du couple vers la famille.

✕ Un moment « extra-ordinaire » dans la vie de femme

Quelques femmes expliquaient avoir vécu la grossesse comme « sur un nuage », comme une parenthèse psychique de bonheur. Elles percevaient la venue et la conception de cet enfant comme quelque chose de « magique », « d'extraordinaire ».

✕ Au 9^e mois, heureuse d'être enceinte mais hâte de la naissance

Beaucoup avaient hâte de « finir » la grossesse. Bien sûre, voir et tenir dans leurs bras leur enfant étaient une joie anticipée, mais elles étaient las des symptômes physiques évoqués ci-dessus. Pour celles ayant eu un arrêt maladie précoce, certaines souffraient de l'isolement social avec une envie de reprendre le travail, le sport, « se faire coquette ». Certaines étaient un peu « frustrée » à causes des « restrictions ».

✕ L'angoisse de l'accouchement et son retentissement sur la sexualité

Quelques femmes étaient angoissées quant au déroulement de l'accouchement autant pour le bébé que pour elle-même. Une femme a choisi d'avoir un accouchement dit physiologique, sans péridurale. Elle expliquait son choix par sa chirurgie de scoliose dans l'enfance et la peur de l'infection avec le geste d'anesthésie. Cependant, elle décrivait une douleur importante lors de son premier accouchement et redoutait par conséquent celui à venir. Elle appréhendait aussi la reprise de la sexualité et l'attitude de son mari en cas d'épisiotomie. La question ne s'était pas posée dans le post-partum immédiat du précédent accouchement car monsieur était absent pour des raisons professionnelles.

✕ Anxiété, changements d'humeur, culpabilité, des émotions perturbées

Une femme parlait de périodes d'exaltation de l'humeur, d'énervement. Une autre a remarqué que certains traits de sa personnalité comme la susceptibilité, l'agacement ou l'impatience pouvaient parfois être exacerbés.

Des pères ont vraiment pris conscience de la grossesse lorsque les manifestations physiques étaient patentes (ventre proéminent, mouvement fœtaux). Cette prise de conscience longue a pu être angoissante pour la mère quant à l'implication de leur conjoint. Une des participantes culpabilisait vis à vis de son mari. En effet, elle délaissait les tâches ménagères, la fatigue l'obligeant à plus de repos. Cela la contrariait de devoir dire à son

mari qu'elle ne pouvait pas en faire autant à la maison.

A l'inverse, une femme expliquait « tant que je suis enceinte y'a pas de soucis ».

➤ Des modifications des liens sociaux, une autre place

✕ L'isolement social pouvant aller jusqu'à la précarité

L'isolement social pouvait être pesant dans le vécu de leur grossesse. En effet, l'éloignement de la famille ou un arrêt de travail précoce étaient parfois vecteurs de frustrations et de solitude et surtout quand le mari était absent (militaire par exemple). Par ailleurs, la grossesse a été source de précarité pour une femme qui cherchait et n'a pas retrouvé d'un emploi. La séparation temporaire d'avec son conjoint l'avait obligé à retrouver un logement dans une autre ville où elle ne connaissait personne. Elle expliquait que cette situation l'avait particulièrement affectée avec une solitude marquée et des difficultés d'organisation (faire les courses en fin de grossesse).

✕ Le monde du travail pas toujours clément

Une autre femme expliquait les difficultés relationnelles avec ses collègues liées à la grossesse. Elle travaillait dans un milieu essentiellement masculin et énonçait « je suis devenue une femme quand je suis tombée enceinte ». Elle avait été changée de poste au retour de congé maternité de son premier enfant et redoutait la reprise du travail après ce 2^e enfant venu très rapidement après le premier. Ce sentiment était lié au long parcours d'AMP qu'elle avait suivi durant 7 ans, avec de nombreux rendez-vous médicaux nécessitant un aménagement du travail pour le premier enfant. Une autre culpabilisait d'être enceinte par rapport à son employeur. Elle était récemment embauchée en CDD et envisageait un CDI dans un domaine qui lui plaisait. Une autre était depuis peu dans l'entreprise lorsqu'elle a appris sa grossesse. La nouvelle et surtout l'arrêt de travail précoce ont été très mal acceptés par ses collègues essentiellement féminines. La considération de la maternité dans le monde du travail ne rendrait pas ce moment privilégié dans la vie d'une femme.

✕ Resserrement des liens familiaux parfois jusqu'au sur-investissement

Pour beaucoup, la grossesse a été l'occasion d'un resserrement des liens familiaux. Parfois même, cela allait jusqu'au sur-investissement de la part de certains membres de la

famille (mère). Ces interventions pouvaient être très bien vécues mais aussi être « étouffantes », allant jusqu'à altérer la vision d'elle-même sur leur capacité à être mère.

✕ Les amis, entre rapprochement et éloignement

De même, les liens avec les amis allaient soit vers le renforcement, particulièrement si ceux-ci avaient ou désiraient des enfants, soit vers l'éloignement sans vraiment d'explication apparente.

Certaines femmes exprimaient la continuité de leurs liens sociaux mais avec plus d'attention que ce soit de la part de la famille, des amis ou des collègues de travail.

Les liens sociaux peuvent avoir un rôle dans l'acceptation et le vécu global de la grossesse.

4. Le vécu sexuel et conjugal

➤ Une sexualité à adapter

✕ Des modulations variées

✓ Arrêt précoce des relations sexuelles avec pénétration

Une femme expliquait que sa sexualité s'était arrêtée très tôt durant la grossesse (environ 2 mois), principalement pour le père du bébé qui appréhendait les conséquences sur le fœtus. Cela n'a pas beaucoup dérangé madame qui n'accordait pas une grande importance à la sexualité d'une part et était satisfaite par des moyens de substitution comme la tendresse, la sensualité. Cependant, elle décrivait une période d'augmentation de son désir vers le 6^e mois qui n'a pas pu être satisfaite. Le reste de la grossesse a été marqué sans différenciation de période par une diminution de la satisfaction globale, du désir, du plaisir, des orgasmes et de la fréquence des rapports. Elle souffrait de douleurs ligamentaires qui gênaient les rapports. Une autre présentant à peu près le même profil de sexualité, ne ressentait aucune frustration, mais était gênée pour son mari. Elle insistait sur ses sentiments et son attirance constants pour lui mais avait des difficultés avec son odeur corporelle et le contact physique, même un baiser. Elle n'expliquait pas vraiment l'origine de ce ressenti. Cependant, elle disait qu'en cas de réapparition de désir avant la fin de la grossesse, elle ne se permettrait d'avoir des rapports qu'après 37 SA afin d'éviter des contractions supplémentaires. Elle n'avait pourtant pas de contre-indication médicale aux

rapports sexuels avec pénétration.

✓ Fréquence diminuée

Une autre femme, dont la grossesse a été marquée par la séparation temporaire d'avec son conjoint, ressentait moins de désir. Elle ne retrouvait pas la même qualité de plaisir même si elle avait quelques orgasmes. Elle était globalement moins satisfaite. Elle rapportait une baisse de la fréquence des rapports. Elle ne ressentait pas de douleur mais les sensations différentes qui la déstabilisaient.

✓ Fluctuations de plaisir et de désir pas systématiquement parallèles au cours des trimestres

Une femme décrivait sa sexualité pendant la grossesse avec une acmé au 2^e trimestre suivi d'une diminution modérée au troisième trimestre particulièrement sous l'impulsion de son conjoint. Il expliquait à son épouse avoir d'autres besoins à cette période de leur vie de couple tels que la tendresse, la sensualité, les « câlins ».

Ce profil trimestriel avec stagnation au premier trimestre, augmentation au deuxième et diminution voire annulation de la sexualité au dernier trimestre était décrit par plusieurs femmes. Un autre profil était la diminution progressive au cours de la grossesse. Dans ces cas, une mésentente dans le couple pouvait apparaître lorsque le conjoint avait des besoins qui restaient constants et avait du mal à supporter ces modifications. Une femme allait même jusqu'à juger sa sexualité comme « catastrophique » en atténuant par des rires. Elle n'avait plus de désir, la fréquence des rapports avait chuté et les rares rapports donnaient peu de plaisir et pas d'orgasme. Par conséquent, elle avait hâte d'accoucher pour retrouver ses sensations.

La dissociation entre désir conservé, fréquence et plaisir diminués, particulièrement au troisième trimestre, a été mentionnée. Celle-ci était justifiée par la fatigue, la monotonie des positions et la diminution des capacités physiques.

Une femme dont la satisfaction était meilleure pendant la grossesse expliquait ce sentiment par l'augmentation de son désir à partir du 2^e trimestre et sa meilleure disponibilité psychique. Ils avaient donc plus de rapport avec son mari. Elle ressentait plus de plaisir, ses sensations sur les zones érogènes étaient exacerbées. Le 1^{er} trimestre avait été très fatigant, raison pour laquelle son désir avait chuté.

✓ Des contraintes physiques pas toujours négatives

Beaucoup évoquaient les contraintes « physique » des relations sexuelles sur le plan de l'essoufflement, de la fatigue, des contraintes mécaniques liées à la présence d'un utérus pesant et volumineux et des douleurs ligamentaires. Les positions étaient contraignantes avec un aspect limitant, routinier, compliqué ou inconfortable. Plus rarement, cette particularité était jugée positivement avec la nécessité de faire évoluer sa sexualité en cherchant d'autres positions plus inhabituelles pour le couple. Cela était propice aux échanges et à la découverte au sein du couple. En général, les rapports étaient plus calmes, plus tendres. Une femme a mis l'accent sur la difficulté de trouver une position confortable pour « donner et recevoir » du plaisir. Beaucoup ne ressentaient pas les mêmes sensations. D'un point de vue qualitatif, ces nouvelles perceptions corporelles étaient souvent moins satisfaisantes. Une expliquait qu'elle et son conjoint avaient la sensation que le vagin avait changé de morphologie, de fait ils ne retrouvaient pas « leurs repères » et leurs sensations. Ils limitaient même le nombre de rapports avec pénétration car le plaisir s'était transformé en frustration. Ils préféraient ne pas faire l'amour plutôt qu'être frustrés du résultat. Cependant, le désir étant toujours autant présent, le manque de relations sexuelles satisfaisantes avec plaisir et orgasmes se faisait sentir. Les activités de substitutions mises en place comme des jeux sensuels n'arrivaient visiblement pas à combler ce manque.

✓ De nouvelles sensations déstabilisantes

Pour toutes les femmes, la modification des sensations était déstabilisante et sujet d'étonnement. Certaines les trouvaient cependant très satisfaisantes voire supérieures à celles d'avant la grossesse. Dans ce cas, la sexualité se trouvait généralement sublimée avec une majoration des paramètres de désir, plaisir, orgasme, fréquence et satisfaction globale. Une autre dont la sexualité n'était pas différente au 3^e trimestre, exprimait la majoration du désir. Par ailleurs, le plaisir et les orgasmes étaient majorés. La satisfaction globale était la même qu'avant la grossesse mais la fréquence était moindre à cause des peurs de son mari. Une décrivait un désir fortement majoré après le premier trimestre pour rester élevé ensuite. Elle l'expliquait par le risque de fausse couche écarté (elle avait eu un hématome avec saignement au premier trimestre), et par un plaisir plus satisfaisant qu'avant la grossesse avec des sensations différentes. Elle n'avait pas forcément plus d'orgasme mais son plaisir majoré a augmenté la fréquence des rapports.

Une avait une sexualité plus « détendue », « apaisante », plus épanouie, plus en harmonie avec son conjoint, particulièrement depuis le 3^e trimestre. Elle précisait que

l'augmentation de son désir, en particulier au 3^e trimestre, a rendu la sexualité dans leur couple plus « fluide », monsieur devenant moins « demandeur ». Ce cadre a permis une satisfaction sexuelle globale améliorée, sans vraiment s'en apercevoir, la fréquence des rapports est devenue plus régulière sensiblement majorée. De même, les paramètres suscités se sont tous majorés. La seule manifestation négative constatée par cette femme était, parfois, les douleurs modérées après les rapports. Ce symptôme a été décrit par plusieurs femmes, assimilé par certaines comme des contractions et était parfois cause d'arrêt des rapports. En effet, une se freinait lorsqu'elle risquait d'avoir un orgasme. Elle ne souhaitait pas en ressentir par peur des contractions. Une autre douleur a été évoquée, celle liée à la pression sur la vessie depuis que le bébé s'était retourné. Elle était exacerbée lors de la pénétration. Des brûlures mictionnelles post-coïtales étaient aussi apparues avec la grossesse. Une était gênée par des tiraillements et contractures musculaires secondaires à des postures et positions inhabituelles, « sportives ». Enfin, une autre parlait de douleurs exacerbées par la sécheresse vaginale antérieure à la grossesse.

✓ Une sexualité tournée vers plus d'activités de substitution

Dans l'idée de l'adaptation de la sexualité à la grossesse, certaines expliquaient avoir une sexualité plus tournée vers les caresses, la sensualité, la tendresse en limitant voire en supprimant la pénétration. Les jeux sensuels prenaient une place plus importante. C'était l'occasion de découvrir d'autres pratiques, d'autres zones érogènes. Le plaisir et les orgasmes pouvaient être présents lors de ces jeux, mais pour certaines ne compensaient pas ceux issus de la pénétration. Une femme ayant des difficultés antérieures à la grossesse pour avoir des orgasmes, décrivait une majoration de celles-ci. Elle y parvenait cependant par des techniques masturbatoires compensatrices. Elle palliait ainsi aux diminutions de la fréquence des relations et de sa capacité orgasmique. A noter toutefois une conservation du plaisir pendant les rapports.

Une femme décrivait des rêves érotiques qu'elle interprétait comme une manifestation d'une probable frustration. Elle se voyait enceinte, avec son conjoint avoir des rapports satisfaisants donnant plaisir et orgasme. Ces rêves compensatoires l'aidaient probablement à supporter une situation d'abstinence.

✓ La posture d'amante au deuxième plan

Par ailleurs, certaines ne se sentaient plus attirantes. La séduction au sein du couple était très réduite voire inexistante.

✓ Une sexualité différente de celle imaginée

Ces modifications de leur sexualité que les femmes ont perçue n'ont pas toujours été celles qu'elles s'étaient imaginées. Certaines pensaient ne pas pouvoir avoir de sexualité alors qu'elles ont été très épanouies et d'autres complètement l'inverse. En revanche, lorsqu'avant la grossesse ce domaine était au second plan, il semble le rester.

✕ Le père, entre appréhension de la sexualité et compréhension de leur compagne

Beaucoup de femmes ont parlé des réticences ou des appréhensions du père à avoir des rapports sexuels. Les niveaux de réticences allaient de l'abstinence totale, « il n'ose plus me toucher », à un questionnement sur l'absence d'effet néfaste sur le bébé. Je détaillerais plus concrètement dans le chapitre suivant.

Toutes celles qui avaient une sexualité réduite pendant la grossesse expliquaient que leur conjoint respectait cette situation, quelle qu'en fût l'origine (la sienne, celle de madame ou bien des deux). Cependant, dans ce cas, certaines exprimaient la nécessité des pères d'être rassurés quant aux sentiments de leur conjointe et des raisons de ces modifications. Certaines femmes ressentaient de la culpabilité envers leur conjoint avec l'impression « qu'il s'oublie » pour leur confort. Quelques unes avaient l'impression que leur conjoint les voyait plus comme la mère que l'amante.

Plusieurs ont attiré mon attention sur la nécessité d'une meilleure prise en compte du père durant la grossesse. Elles souhaitaient pour eux une meilleure information sur la grossesse et la sexualité. Elles évoquaient même la nécessité de faire le même travail d'étude que cette thèse auprès des pères. Certaines m'ont d'ailleurs proposé de réaliser cet entretien auprès de leur conjoint justement présent au domicile. D'autres m'ont suggéré la création de séance de préparation à la naissance à destination des pères.

✕ La place du bébé, un tiers au sein du couple

Une femme avait, même au début de la grossesse, un « réflexe » de maintien du ventre, elle ne se l'expliquait pas. Ce geste traduisait peut-être une volonté de maintien du fœtus, de la protection de la grossesse. D'ailleurs celle-ci a eu une sexualité quasiment

inexistante durant la grossesse. Une précisait la place prioritaire de son bébé et qu'elle arrêterait volontiers d'avoir des rapports sexuels pour le bien de son enfant si besoin.

Certaines évoquaient leur volonté initiale de faire abstraction de la présence de leur bébé lors des rapports sexuels mais en expliquaient des difficultés physiques ou psychiques. Elles essayaient de garder ce moment privilégié avec leur conjoint. Quelques unes réussissaient à oublier ce tiers.

Certaines femmes expliquaient que leur sexualité était particulièrement impactée par la perception des mouvements de leur bébé. En effet, si au 1^{er} trimestre elles ne notaient pas de différence particulière par rapport à avant la grossesse, au milieu du deuxième trimestre et de manière croissante, le plaisir, les orgasmes, la fréquence des rapports sexuels ont chuté. Le désir était, soit majoré en réaction au manque soit diminué. Les premières perceptions de mouvements fœtaux ont concrétisé la présence d'un tiers entre les partenaires. Le sentiment de relation à trois pouvait altérer la spontanéité et l'aisance des futurs parents. Quelques femmes décrivaient que ce tiers, qui les gênait physiquement et psychologiquement lors des rapports physiques, avait tendance à prendre une place prépondérante voire omniprésente à l'esprit et particulièrement le dernier mois. Une a conclu « j'ai l'impression d'avoir une relation à trois ».

A l'inverse, certaines femmes faisaient une abstraction totale de la présence du bébé. Elles voyaient la sexualité comme un acte d'amour, naturel qui s'accompagnait d'un bien-être dont leur bébé pourrait profiter. Elles préféraient transmettre ce type d'émotion à leur enfant plutôt que le stress et l'angoisse. Elles étendaient cette philosophie à après la naissance avec l'idée que préserver une vie de couple et une sexualité épanouie était favorable pour leur vie de parents. De la même façon, une femme expliquait avoir du plaisir lors des relations avec son conjoint et qu'il était la démonstration de leur amour qu'ils partageaient et transmettaient à leur enfant. Ainsi, le couple qui a conçu cet enfant « s'aime comme ça », à ce point là. L'amour étant « la base du couple », alors si leur enfant avait compris ça « c'est déjà bien ». Deux façons différentes de concevoir ce moment apparaissaient, la maternité omniprésente ou la symbiose du couple pour le bébé. Une femme a fini l'entretien en expliquant que la sexualité pendant la grossesse « ce n'est pas compatible ». A l'inverse, une autre disait « ça serait dommage de passer à côté (...) c'est vraiment une autre découverte, c'est complètement différent ».

✕ Retrouver une sexualité spontanée après un parcours en
AMP

Deux femmes interrogées étaient passées par un parcours en AMP. Les difficultés liées au manque de spontanéité et à la sexualité « sur commande » durant ce parcours ont été évoquées mais ne semblaient pas nuire à la sexualité pendant la grossesse pour les femmes de l'étude.

➤ Un couple à l'honneur

✕ Promotion de la communication

Beaucoup ont souligné l'importance de la communication dans le couple durant le changement dans leur sexualité. Discuter des raisons du changement d'attitude de l'un ou l'autre avait pu rendre la situation acceptable ou permettre de trouver des substituts convenables à chacun. Au sein de beaucoup de couples le sujet de la sexualité n'était pas tabou, plus par contre en dehors.

✕ Protection mutuelle

De plus, beaucoup des interrogées décrivaient un partenaire plus attentionné et prévenant pendant la grossesse. Ces attitudes étaient manifestes au quotidien, dans les tâches ménagères et dans l'intimité. De plus, le rôle « protecteur » du conjoint apparaissait exacerbé. Cette protection avait plusieurs facettes, la première physique, en protégeant la grossesse (ne pas porter de charge lourde, prendre en charge l'aîné, favoriser le repos en présence de contractions) mais aussi psychique (soutient et défense de sa compagne lors de relations conflictuelles afin d'éviter les émotions négatives ou l'énervement). A l'extrême, certains pères très impliqués et protecteurs ont parfois été trop « papa poule ». Elles ont ainsi parfois eu le sentiment « d'étouffer ».

A l'inverse, une femme culpabilisait de demander à son mari de l'aide dans les tâches quotidiennes. Pour elle, « les hommes ils ne se rendent pas forcément compte de ce que c'est d'être enceinte ».

✕ Qualité de la relation conservée voire améliorée malgré la dégradation de la sexualité

La qualité globale de la relation était souvent inchangée pour des couples très « fusionnels » au départ. Cette relation était améliorée dans les autres cas. Quelques femmes expliquaient que leur relation avec leur conjoint n'avait pas changé, « toujours aussi complices, toujours autant d'amour... ça ne change rien ».

Dans les couples où le père était souvent absent pour des raisons professionnelles, beaucoup de femmes étaient déçues et empathiques envers leur conjoint s'il était absent pour l'accouchement et dans le quotidien du développement de leur enfant. Ce projet de naissance fait à deux ne serait malheureusement pas partagé quotidiennement par le père. Toutes exprimaient le sentiment de sécurité dans leur couple.

Les rapports de confiance, de complicité, de compréhension au sein du couple semblaient renforcés. Beaucoup parlaient d'une amélioration de la qualité de la relation avec leur conjoint, ou au minimum une qualité conservée. Elles expliquaient avoir plus de choses à partager, à échanger. Elles évoquaient également que la grossesse était l'occasion d'une nouvelle découverte du conjoint, un apprentissage plus approfondi des réactions de l'autre. Le couple n'était plus « seulement » conjoint mais devenait aussi parent, ce qui les rapprochait davantage. Ils devraient réussir à se mettre d'accord sur les souhaits éducatifs de l'enfant. La tolérance aussi était majorée au sein du couple. Certains couples, en particulier ceux ayant traversé des passages difficiles (parcours en AMP, risque de fausse couche etc..) ont renforcé leurs sentiments amoureux. Un des maris lui paraissait plus démonstratif de ses sentiments amoureux.

La maturité gagnée par quelques conjoints durant cette période a été particulièrement appréciée et valorisée. Celle-ci s'est manifestée dans l'organisation de la vie quotidienne et pour l'accueil de leur enfant.

L'arrivée imminente du bébé pouvait aussi créer un stress et une anxiété lorsque les travaux et aménagements pour celui-ci n'étaient pas terminés. La maman étant limitée par les contraintes physiques cela se traduisait parfois par une pression sur le conjoint.

La baisse de qualité de la sexualité dans certains couples était vécue comme une carence dont l'un et l'autre pouvaient se sentir coupable. Les femmes évoquant des difficultés sexuelles dans leur couple espéraient leur disparition après l'accouchement.

La qualité de la relation était généralement conservée voire améliorée même si la sexualité était dégradée.

IV) Les représentations de la sexualité

1. Une sexualité presque forcée ou redoutée

➤ Une sexualité bénéfique pour la grossesse

Une femme exprimait des craintes si elle n'avait pas de rapport sexuel. Son doute portait sur la nécessité d'avoir des rapports sexuels pour que « le bébé grandisse bien », « ne soit pas en manque », et aussi pour que « l'accouchement se passe bien », que « le col

s'ouvre comme il faut ». Elle se forçait donc à avoir des rapports avec son conjoint même en l'absence de désir.

➤ Restreindre ses envies pour favoriser la grossesse

D'autres ont restreint leur sexualité car elles pensaient que les rapports ou le sperme étaient responsables de contractions qui pouvaient déclencher l'accouchement et donc selon le terme, être responsable de fausse-couche ou d'accouchement prématuré. Une autre craignait les secousses de son bébé pendant les rapports qui pourraient avoir les mêmes conséquences. Pour certaines, malgré l'information sur l'anatomie et qu'elle savaient que « toucher la tête du bébé » n'était pas possible, qu'il y avait une « barrière », l'idée que la tête « ne soit pas loin » créait une gêne. Certaines parlaient de leurs craintes de déclencher l'accouchement le dernier mois à cause du sperme « qui contient une hormones qui pourrait déclenchait l'accouchement ». Le risque infectieux était aussi cité comme facteur d'inquiétude limitant la sexualité.

➤ Un nouveau physique source d'angoisse

Une autre crainte, plus rarement évoquée, était que leur physique modifié les ait rendu moins désirables aux yeux de leur conjoint avec le risque d'infidélité.

➤ Une deuxième grossesse plus sereine

Celles pour qui ce n'était pas la première grossesse n'appréhendaient pas les choses de la même façon. En effet, elles avaient résolu les inquiétudes ou angoisses, précédemment. Elles étaient rassurées, voire rassuraient leur conjoint, quant aux risques d'accouchement prématuré ou autres risques éventuels.

➤ Découverte de soi, du conjoint et d'une nouvelle sexualité

Une femme a été surprise de découvrir pendant la grossesse, qu'elle pouvait donner du plaisir à son mari sans forcément passer par un rapport sexuel avec pénétration. Ce fut un soulagement pour elle.

Une femme qui avait souffert de vaginisme plusieurs années avant la grossesse, craignait qu'il réapparaisse. Elle n'en connaissait pas l'origine, mais ce ne fût pas le cas.

Les tiraillements pendant les rapports étaient interprétés par une autre comme une mauvaise position pour le bébé.

2. Les raisons supposées des modifications de leur sexualité

➤ Les modifications physiques et physiologiques

Certaines expliquaient ces modifications par le terme global « la grossesse » sans vraiment réussir à préciser quoi dans la grossesse. Le facteur hormonal était évoqué par beaucoup de femmes comme origine des modifications. Les modifications physiques étaient cités avec parfois un affect négatif fort, la présence de ce ventre gênant, encombrant et les contraintes mécaniques mais aussi le changement de silhouette et la prise de poids. Par ailleurs, la sexualité était altérée chez un couple pour qui la morphologie du vagin durant la grossesse avait changé, ils n'avaient pas les mêmes ressentis avec une diminution des sensations pour les partenaires.

La récurrence de cystites après les rapports était un autre frein. En effet, ces femmes suggéraient la présence de germes dans la sphère urogénitale et la nécessité de prise d'antibiotique qui n'étaient pas souhaitables. Ainsi, en prévention, elles se freinaient dans leur sexualité. Plusieurs expliquaient ces modifications de leur sexualité par la fatigue importante. Les douleurs étaient aussi un frein au bon déroulement de l'acte sexuel.

➤ Les mutations psychiques et l'état de future mère

D'autres évoquaient la part psychique de ses modifications. En effet, certaines dont la sexualité s'était particulièrement ralentie, sans forcément engendrer de souffrance, expliquaient s'être rapidement mise dans un rôle de « maman en devenir » diminuant le statut de conjointe et l'amante. Le désir d'enfant était souvent très fort et ancien. Quelques unes ont expliqué qu'au dernier mois, elles étaient préoccupées par l'organisation de l'arrivée de leur enfant et l'angoisse de l'accouchement. D'autres étaient gênées par la présence du bébé en tant que tiers personne lors de la relation intime avec leur conjoint. Quelques unes parlaient de l'anxiété de leur conjoint. Certaines décrivaient une appréhension dès qu'une pression s'exerçait sur le ventre.

➤ L'occasion de l'épanouissement du statut de femme

Une femme dont la sexualité était épanouie, expliquait qu'après un long parcours en AMP, elle avait enfin pu « donner un enfant à son mari ». Elle avait ainsi plus confiance en elle et se sentait plus attirante. Elle pensait « se lâcher davantage » avec son mari, que cette maternité avait décuplé son désir sexuel, peut-être même son amour envers lui. Peut-être

qu'en complétant son rôle d'épouse, d'amante par celui de mère, cela lui procurait un sentiment de complétude et d'aisance. Une autre, expliquait la possibilité d'être plus détendue, plus reposée, délaissant le côté professionnel, cela permettait peut-être d'être plus ouverte. Une femme dont le mari n'avait pas de gêne avec la sexualité, a émis l'hypothèse qu'il se sentait rassurer par l'aisance et la confiance de son épouse quant à l'innocuité des rapports sexuels sur le bébé.

3. Des freins émis par les conjoints

Beaucoup évoquaient les difficultés de leur conjoint. Un père disait avoir l'impression de « faire un shampoing au bébé » quand il avait un rapport avec sa femme. On comprend que ces représentations anatomiques erronées altèrent leur sexualité. Un autre parlait de sa peur de « noyer le bébé » ou de lui « crever un œil ». Beaucoup ont parlé de la peur de toucher le bébé, et plusieurs ont parlé du rôle délétère d'un professionnel de santé. En effet, ce dernier avait dit lors d'un examen gynécologique, « j'ai touché la tête du bébé », le papa suite à ce rendez-vous évoquait « mais peut-être que moi aussi je touche la tête alors ». Ceci est majoré si le professionnel avait aussi dit que le col était « un peu ouvert ».

Un autre père pensait qu'à un certain moment de la grossesse, il n'était plus possible d'avoir de rapport car ceux-ci pouvaient être dangereux pour le fœtus et provoquer l'accouchement. Celui-ci a donc cessé les rapports avec son épouse à partir du milieu du 2^e trimestre. La peur, « d'écraser le bébé », de faire mal au bébé ou à la maman pouvait aller jusqu'à une perte du plaisir chez l'homme avec anéjaculation. Beaucoup de pères ont aussi eu peur d'appuyer sur le ventre.

Aussi, certains avaient une crainte secondaire à la modification du périnée de leur femme. En effet, un avait décrit à sa conjointe un ressaut mécanique qui lui faisait peur pour son pénis.

La gêne psychique liée à la présence du tiers « bébé » entre les conjoints était aussi présente.

V) L'information, les attentes des femmes envers leur praticiens

1. Les avis sur les recours en place

- L'information par les professionnels de santé non systématique.

✕ La sexualité non abordée avec un praticien, pas synonyme d'épanouissement.

Deux femmes expliquaient que ni elles ni les professionnels suivant leur grossesse n'ont abordé le thème de la sexualité. Cela ne leur a pas manqué mais elles n'auraient pas été gênées d'en parler. La première n'évoquait pas de souffrance sur ce sujet, la sexualité n'étant, même avant la grossesse, pas un sujet qui l'intéressait particulièrement. Cependant, elle disait avoir été rassurée par une amie proche dont le mari avait la même appréhension que le sien concernant les rapports pendant la grossesse. La seconde expliquait que la sexualité était un sujet « personnel », « on fait avec » et « on apprend sur le tas ». Même si elle décrivait des réticences de la part de son conjoint et qu'elle disait de sa sexualité, « il ne se passe pas grand chose », elle « s'accommode » de la situation en attendant l'accouchement.

✕ La sexualité abordée avec un praticien, une bonne ébauche

Beaucoup ont abordé succinctement le domaine de la sexualité avec leur sage-femme, généralement pendant les séances de préparation à la naissance et souvent à l'initiative des participantes. Il s'agissait pour certaines d'une intervention de réassurance en présence des pères. Bien que jugée satisfaisante car cette information permettait d'aborder le sujet, elle a été jugée pour beaucoup insuffisante. Les médecins généralistes et gynécologues voire les échographistes ont aussi été sollicités sur ce sujet. Les femmes ont parfois été amenées à en parler par d'autres moyens comme l'exposition de l'affiche du « Kama Sutra de la grossesse » (15) dans la salle d'attente.

➤ Le besoin d'information responsable de la multiplication des sources

Beaucoup de femmes ont cherché des informations en multipliant les sources d'informations. Ces sources étaient de la famille, les amis proches, les livres de maternité (« J'attends un enfant » de Laurence Pernoud), les magazines féminins de parentalité (« Parents », « Neuf Mois »,...), les sites internet de vulgarisation avec leurs forums (doctissimo, aufeminin.com, sante-az.aufeminin.com, enceinte.com par exemple) et les émissions de télévision destinée à la maternité (« Les Maternelles » de France 5). Sur les forums, ce n'était généralement pas une information fiable qui était recherchée mais plutôt

le besoin de se rassurer de « ne pas être la seule dans ce cas là ». Ces sources avaient l'avantage de l'anonymat.

Quand il s'agissait des amis ou de la famille, la sexualité était souvent abordée sur le ton de l'humour, avec distance ou bien en tête à tête avec une autre femme proche. Le contexte était évocateur d'une certaine pudeur. Étonnement, aucune femme n'était allée sur les sites « officiels » traitant de sexualité comme celui du centre de planification familiale.

Sans parler de tabou absolu puisqu'aucune des femmes interrogées n'aurait été gênée si un praticien leur avait parlé de sexualité et que la majorité aurait souhaité qu'il le fasse, le sujet était difficile à évoquer. Quelques femmes ont expliqué qu'elles avaient répondu à mon entretien parce qu'il s'agissait d'une thèse avec un entretien anonyme.

2. Les souhaits des femmes enceintes

➤ Parler de sexualité, l'initiative des praticiens est plébiscitée

Beaucoup pensaient que la sexualité devait être abordée à l'initiative du professionnel de santé, sans attendre les questions émanant des patientes. Certaines ne savaient pas comment poser la question à leur professionnel et qu'elles resteraient avec leurs inquiétudes si celui-ci ne parlait pas de sexualité. Une des femmes a expliqué qu'au cours de sa première grossesse, elle a eu le sentiment « d'apprendre au compte-goutte » en allant « à la pêche aux informations » sur internet, sur les forums avec prudence, et auprès des professionnels de santé. Une autre a expliqué la nécessité que les professionnels évoquent la sexualité car « ce sont des choses pas faciles à exprimer mais qui sont réelles et des fois ça peut poser vraiment problème dans le couple ». L'absence d'information était soulignée. Elles justifiaient la nécessité d'information, non seulement pour la santé sexuelle du couple pendant la grossesse mais aussi pour préparer l'« après » accouchement. De manière générale, une femme a mentionné le caractère « rassurant que ce soit un médecin qui prenne les devants ». Plusieurs ont exprimé leur méfiance quant aux informations recueillies sur internet ou sur les forums.

➤ Des qualités d'écoute et de disponibilité plus qu'une profession mises en avant

Certaines de ces femmes auraient préféré que leur sage-femme aborde la sexualité. Ce choix était motivé par le genre de ce professionnel, en général il s'agissait d'une femme avec laquelle elles se sentaient plus à l'aise et en confiance pour évoquer ce sujet. Elles

pensaient qu'elle comprendrait leurs symptômes ou craintes car elle était ou serait maman. Une femme aurait mieux pu comprendre leur ressenti. Une autre raison fréquemment évoquée était la disponibilité des sage-femmes, elles avaient plus de temps disponible en consultation et affichaient une meilleure disponibilité. La limite d'en parler en séance de préparation à la naissance était la difficulté pour certaines de parler en groupe, le regard de l'autre était parfois limitant. D'autres femmes auraient préféré l'intervention du praticien qui suivait leur grossesse, gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme. Un lien particulier s'était créé depuis le début de la grossesse avec ce praticien et la consultation était plus confidentielle.

➤ Divers lieux et moments propices à parler de sexualité

Plusieurs pensaient que les séances de préparation à la naissance étaient un moment idéal pour aborder le sujet, au même titre que le périnée ou l'allaitement. Un autre argument pour les séances de préparation à la naissance était que toutes les femmes étaient censées y participer, au moins pour la première grossesse. Ce lieu était pour certaines femmes comme un endroit où « l'on peut parler de n'importe quoi » avec une certaine liberté de parole. Cependant, d'autres préféreraient le caractère confidentiel et rassurant de la consultation. Quelques femmes évoquaient l'intérêt de parler de sexualité dès le début de la grossesse, au moment des premières consultations en même temps que les indications sur l'hygiène de vie (alimentation, toxoplasmose, etc.). Certaines expliquaient l'intérêt d'en reparler régulièrement au cours du suivi avec une proposition allant de chaque consultation à une fois par trimestre. Beaucoup s'accordaient sur le 2^e trimestre.

➤ Des notions et attentes mises en avant

✕ Rassurer le couple

Ces femmes souhaitaient être rassurées sur l'innocuité des rapports pendant la grossesse. Cela aurait été nécessaire d'en parler en présence du conjoint, l'information au père étant un sujet primordial. Aussi, aborder les positions était fréquemment demandé, sur ce thème l'affiche des positions « le Kama Sutra de la grossesse » semblait un bon support. Plusieurs femmes évoquaient la nécessité de prendre la sexualité comme un moment de plaisir. Savoir s'écouter, entendre ses envies et besoins semblait primordial, d'où l'importance de savoir rassurer les femmes et les hommes sur leurs corps. L'idée était de favoriser le « bien-être ». La crainte de « comprimer le ventre » était évoquée, notamment

en fonction des postions, bien sûr il fallait être à l'aise mais le fœtus est protégé. Plusieurs soulignaient l'importance d'être rassurée sur les changements qui accompagnaient la grossesse tant au niveau du désir, du plaisir, des sensations, des positions ou de la relation avec le conjoint. Les praticiens devraient aussi rappeler l'anatomie, les situations à risque, évoquer l'origine des sensations de microcontractions post-coïtale et le ressenti du bébé. Un élément rassurant était que le bébé ressentait les émotions de sa mère, donc si elle était détendue, avait du plaisir, voire des orgasmes, le bébé percevrait des émotions positives favorables.

✕ Un support écrit relais du dialogue avec le soignant

Plusieurs femmes ont évoqué la nécessité d'un support d'information écrit, regrettant son absence dans les différents lieux de consultations (cabinet, maternité, etc..) ou dans les valises de maternité. Ce support n'aurait pas empêché le dialogue avec le praticien, il pouvait même être un support de dialogue. Pour une, l'atout du support papier était que si la femme était gênée par le sujet de la sexualité, elle pourrait commencer à avoir des réponses aux éventuelles questions. Elle aurait su que son professionnel était ouvert à la discussion. Elle aurait eu ainsi le temps et l'accroche pour en discuter ultérieurement. Les thèmes abordés par ce document auraient été l'innocuité pour le bébé, les différentes modifications physiologiques et psychologiques, les positions, la sexualité après l'accouchement et surtout un message d'ouverture à la discussion à destination des deux parents.

✕ Ne pas négliger les notions à destination des pères

Concernant les pères, l'accent devrait être mis sur l'innocuité pour le bébé, la possibilité d'avoir des rapports jusqu'à la fin de la grossesse, les rappels anatomiques ainsi que la réassurance concernant les rapports anatomiques bébé, organes génitaux de la femme et la localisation du pénis pendant les rapports sexuels avec pénétration. Certaines mettaient vraiment l'accent sur le besoin de dialogue, en cas d'utilisation d'un support papier qui ne devrait pas se substituer à la parole.

Une femme pointait la tendance des praticiens à informer « en temps négatif », en fait, en cas de contre-indication à la sexualité l'information aurait été donnée mais sinon elle serait inexistante.

Discussion

I) Analyse de la méthode

Ce travail analyse de manière qualitative, le souhait des femmes enceintes arrivées au 3^e trimestre de leur grossesse quant à la prise en compte de la sexualité. Les recommandations de l'OMS (11) et de l'HAS (12,13) préconisent de s'intéresser à la sexualité des femmes pendant la grossesse mais il n'est pas précisé de quelle manière. Ainsi, l'analyse qualitative permet d'obtenir une variété de propositions émanant des femmes enceintes elles-mêmes sur la façon dont elles vivent leur sexualité et ce qu'elles attendent comme attitude et information de leurs soignants.

II) Les apports de cette étude, congruences et nouveautés par rapport aux anciens travaux

1. Le vécu des modifications liées à la grossesse

➤ Du point de vue physique et psychique

✕ Des changements physiques et psychiques intriqués

Toutes les femmes mettent en avant leurs modifications physiques ayant des répercussions sur leur quotidien et certaines en particulier sur leur sexualité (prise de poids, modification des seins, fatigue, insomnie, sciatique, douleurs ligamentaires, hémorragie du premier trimestre, contractions, varices vulvaires). Or, il est démontré dans plusieurs études que les femmes ayant peu ou pas de symptômes physiques et qui ont moins pris de poids ont des relations sexuelles plus fréquentes pendant et après la grossesse. Elles sont plus intéressées par le coït et leur partenaire est plus satisfait (16). Par ailleurs, PASINI met en évidence comment les « symptômes physiques ont une répercussion négative appréciable sur la sexualité pendant la grossesse. Les différents symptômes agissent différemment selon les trimestres ». (2)

✓ Le poids, rôle limitant sous plusieurs aspects

La faible prise de poids a été appréciée et facilitatrice de l'image de soi pour les femmes concernées, ce qui est congruent avec l'étude de SYDOW associant moindre prise de poids et amélioration de la fréquence et de l'intérêt sexuels (16).

L'importance de la répartition de la prise de poids semble importante avec un affect

négatif pour leur corps lorsque celle-ci s'est faite « un peu partout ». En effet, l'augmentation du volume utérin est plutôt apprécié, « j'adore mon ventre ». Il permet de « montrer qu'on est enceinte », il traduit probablement la capacité du corps de la femme, particulièrement quand la grossesse a été difficilement obtenue. Ceci a été mis en évidence par PASINI « le gros ventre et l'obésité ont influencé négativement sur la sexualité surtout au troisième trimestre et, en partie, sur le deuxième [...] ». Les patientes ont ressenti leur ventre surtout comme un obstacle mécanique et pas comme un élément pouvant inhiber la sexualité pour des raisons esthétiques » (2). Les craintes et affects négatifs suscités par le ventre de femme enceinte sont la présence de vergetures et la peur de ne pas retrouver leur ventre et corps d'avant la grossesse. Je n'ai pas retrouvé d'étude à ce sujet.

✓ Les modifications des seins

L'augmentation du volume mammaire est généralement appréciée. C'est un atout que les femmes « garderaient bien après ». Il est vecteur de féminité et de valorisation de l'image de soi.

Les seins peuvent être douloureux, sous tension, allodyniques ou ayant une hyperesthésie aux frottements. Ces perceptions peuvent altérer les jeux sexuels même si l'hypermotilité a été vécue comme une nouvelle découverte de son corps et de sa sexualité. TOURNÉ met en avant la difficulté de ces changements (17).

Les mamelons sont plus turgescents et sensibles. Ces modifications sont parfois difficilement acceptées. La vue de ceux-ci est parfois même mal vécue. On peut s'interroger sur ce que cela évoque dans l'histoire personnelle et familiale (6). Il s'agit effectivement d'un symbole de maternité important. Il caractérise le « sein nourricier ». Le corps de la femme devient celui d'une mère. Les mutations physiques n'attendent peut-être pas les mutations psychiques. Un décalage de celles-ci est peut-être à l'origine de cette difficulté d'acceptation.

✓ La fatigue

Beaucoup de femmes souffrent de fatigue en particulier au 3^e trimestre de grossesse. Ce symptôme est pour elles, responsable d'une diminution de la fréquence et de la satisfaction des rapports même quand le désir est conservé. Ceci est congruent avec l'étude de DE JUDICIBUS (9) montrant l'influence négative de la fatigue sur la sexualité durant la grossesse et le postpartum.

✕ Un bouleversement des repères sociaux pouvant modifier leur considération d'elle-même

✓ Le regard des autres, pas toujours valorisant

Majoritairement, ces femmes ont bénéficié d'un regard bienveillant de la part de leur entourage. Les amis qui étaient dans le même type de contexte familial se sont plutôt rapprochés. La famille a généralement accueilli avec joie cette nouvelle. Deux bémols, certains amis se sont effacés sans trop d'explications, peut-être dans une approche différente de la vie. Le domaine professionnel a pu se montrer très prévenant mais aussi très agressif, étonnement plutôt de la part des collègues que de l'employeur. La grossesse a plusieurs fois été source de précarisation sociale (impossibilité de trouver ou prolonger un emploi). Le contexte conjugal fragile peut être facteur de précarité. Par ailleurs, l'arrêt précoce pendant la grossesse semble être vécu soit positivement avec un « recentrage » sur la grossesse longtemps désirée mais aussi être source d'isolement social pouvant faire le lit d'une baisse de l'humeur. Il est ainsi important, au delà des aspects cliniques classiques du suivi de grossesse de s'enquérir du vécu psychique des femmes enceintes et ce d'autant plus que certaines ont tendance à se dévaloriser. En effet, si l'arrêt de travail est précoce c'est que les activités domestiques sont aussi à limiter, leur statut social et familial est ainsi perturbé. Elles doivent retrouver un équilibre, une fonction, un rôle leur permettant de se sentir efficiente. Une des pistes à explorer avec elles est justement leur efficience à devenir mère, à préparer la venue de leur enfant. L'intrication entre rôle social, sociétal et sexualité n'a pas fait l'objet d'études spécifiques.

✓ La femme devient mère

La grossesse est une période de mutation psychique, certaines expliquent « être sur un nuage », d'autres avoir vraiment eu le sentiment pendant ces neuf mois, d'être « devenue maman ». Plusieurs ont décrit leur sentiment de complétude en tant que femme en devenant maman elles deviennent « une vraie femme ». Par ailleurs un équilibre est à trouver entre la mère, l'épouse ou la conjointe et la femme. On comprend aisément la complexité en neuf mois de réussir à allier ces 3 rôles. SZEJER en décrit les contours et difficultés (6). TOURNÉ explicite la « période mutatoire psychosomatique qui la conduira au statut de mère » (17).

- Du point de vue sexuel, changement et adaptation
 - ✕ L'impact des mutations physiques et physiologiques
 - ✓ La sexualité évolue au cours de la grossesse

Les femmes interrogées décrivent des modifications différentes de leurs sexualités en revanche toutes évoquent une baisse des paramètres de sexualité au 3^e trimestre. Dans la littérature, les premiers à mener une étude sur le sujet sont MASTERS et JOHNSON (1966) qui évoquent, au premier trimestre, chez les primipares, une diminution des « tensions sexuelles et de l'efficacité de l'acte sexuel » en lien pour les femmes aux nausées, la somnolence, la fatigue chronique et la peur d'une lésion de l'embryon. Chez les multipares, peu de changement sont décrits sur les mêmes paramètres. Au 2^e trimestre, ils montrent une augmentation nette de l'érotisme et de l'efficacité de la performance. Au troisième, ils révèlent une diminution de la fréquence coïtale en lien avec la recrudescence de la somnolence, la plénitude abdominale, la tension pelvienne, les lombalgies mais aussi une intervention médicale importante. À cette époque, l'arrêt des rapports à cette période était souvent prescrits (1). SAVIG rapporte des niveaux de désir et d'intimité sexuel plus bas pendant la grossesse mais sans différence significative selon les trimestres (14). BOGREN quant à lui décrit une altération progressive et particulièrement accentuée au 3^e trimestre de grossesse du désir, de la satisfaction et de la fréquence coïtale (18). SYDOW évoque une diminution légère de l'intérêt et de l'activité sexuelle au 1^{er} trimestre, plusieurs modèles différents au 2^e trimestre et une importante diminution au 3^e. Il explique que la plupart des couples n'ont pas de relation sexuelle dans les 2 mois entourant la naissance (16). GOKYILDIZ met l'accent sur le déclin de la satisfaction sexuelle, particulièrement au 3^e trimestre. Il montre le déclin progressif de la fonction sexuelle au cours de la grossesse (19). Plus récemment (2007), GANEM propose une vision différente avec une 1^{ère} période de la conception à 2 mois et demi durant laquelle la fréquence des rapports diminue de 20% du fait de la baisse du désir. Cependant il note une particularité pour les femmes qui avaient un désir absent avant, chez qui, il s'améliore. Ensuite, de la 12^e à la 32^e SA, le désir sexuel est amélioré avec une meilleure intégration de leur sexualité. Le 8^e mois arrive avec la nécessité de la découverte d'une nouvelle sexualité à cause de la présence du ventre. Certains hommes arrêtent de solliciter leur épouse par peur de faire mal au fœtus ou par une baisse de leur libido. Au 9^e mois, « le mois de l'attente », la sexualité est plus calme et les rapports moins fréquents (20). Toutefois, dans aucune de ces études on retrouve l'influence de la perception des mouvements fœtaux dont les femmes font état.

✓ Les douleurs diminuent la sexualité

Les douleurs ligamentaires, sciatalgies, les douleurs coïtales, les brûlures mictionnelles post-coïtales et les sécheresses vaginales sont évoquées dans cette étude. GUKYILDIZ et SYDOW montrent que les femmes ressentent plus de douleurs coïtales avec la progression de la grossesse (16,19). Les douleurs post-coïtales sont souvent caractérisées comme des sensations de contractions dans les secondes suivant l'orgasme.

✓ Les contractions, des craintes importantes

Les femmes souffrant de contractions utérines fréquentes pendant la grossesse ont souvent peur de l'orgasme et des contractions qu'elles ressentent après celui-ci. Pour d'autres qui n'ont pas particulièrement de contractions, elles craignent les manifestations secondaires à l'orgasme. MASTERS et JOHNSON ont décrit les mécanismes physiologiques (1), il y a bien un phénomène de contractions mais celles-ci semblent insuffisantes pour déclencher l'accouchement prématuré. En effet, les études montrent l'absence de lien entre rapport sexuel et accouchement prématuré (17,21).

✓ Des modifications des perceptions sensorielles pas forcément néfastes

Les modifications des perceptions sensibles et sensorielles évoquées par MASTERS et JOHNSON (1) sont retrouvées dans les ressentis des femmes. Elles expliquent que les sensations qu'elles perçoivent les déroutent. Celles-ci sont soit perçues comme agréables soit désagréables, mais on ne sait pas ce qui va influencer positivement ou négativement ces perceptions. SYDOW montre les préférences de stimulations au cours de la grossesse, principalement la tendresse non génitale (41 à 53%), la stimulation clitoridienne (25 à 32%) et la stimulation de la poitrine (23 à 30%) (16). GOKYILDIZ évalue plutôt le côté négatif avec une diminution de la stimulation pendant les relations sexuelles ainsi qu'une incapacité à avoir des orgasmes avec la progression de la grossesse. Deux particularités m'ont particulièrement intéressée, la première est la description de l'impossibilité de contact physique avec son conjoint, la deuxième une gêne aux odeurs corporelles de celui-ci même si ses sentiments amoureux et son attirance pour lui n'avaient pas changé. Je n'ai cependant pas trouvé d'éléments entourant ce phénomène. Diverses études ont montré l'importance de l'odorat comme organe sexuel (19,22) mais le lien avec la grossesse n'est pas répertorié. Il est probable que certaines réponses tiennent de l'histoire

personnelle ou familiale (6).

✓ Des positions souvent monotones

Beaucoup de femmes se trouvaient limitées dans leurs possibilités de positions, trouvant ces dernières monotones ou inconfortables. La position de l'homme au dessus diminue, au 2^e trimestre la femme au dessus est majorée, la position côte à côte et la position arrière de l'homme sont plus fréquentes (16). Cependant GANEM explique que cette dernière position presque inéluctable au 9^e mois peut ne jamais avoir été pratiquée et être difficilement acceptée par la femme. Elle peut être gênée par le « non-espace affectif et sexuel » devant elle (20). Certaines femmes ont apprécié le poster du « Kama Sutra de la grossesse » (15) qui présente des idées de positions et permet d'ouvrir la discussion avec le praticien.

✓ Des activités de substitutions privilégiées

Qu'il s'agisse de masturbation, de préliminaires ou de tendresse, quelques couples réduisent leur activité sexuelle avec pénétration pour privilégier les activités de substitutions. Dans son étude, PASINI trouve que 46% des couples ont une activité sexuelle substitutive (caresse réciproque ou masturbation masculine). La proportion augmente avec l'avancée de la grossesse et proportionnellement à la diminution les relations sexuelles complètes (2). HYDE confirme l'importance de ces pratiques en particulier en ce qui concerne la fellation et le cunnilingus (23) .

✓ Les rêves érotiques

Une femme a évoqué la présence de rêves érotiques, en particulier au 3^e trimestre. Elle analysait ceux-ci comme une forme de compensation à la baisse de la sexualité avec son conjoint. PASINI a constaté l'augmentation des rêves érotiques par rapport à avant la grossesse. Il semble qu'au premier trimestre ils suivent la sexualité de la grossesse, au troisième en revanche ils prennent un caractère compensatoire et semblent beaucoup plus fréquents dans les derniers mois (2).

✕ L'impact du vécu physique, de l'histoire personnelle et familiale

✓ Les souffrances psychiques altèrent la sexualité

Beaucoup expriment leur anxiété durant la grossesse quant à la peur de perdre leur enfant ou de l'accouchement, en particulier au 3^e trimestre. D'autres parlent de leur variation d'humeur, du sentiment de solitude voire de culpabilité que ce soit par rapport à leur conjoint du fait de leur limitation d'autonomie et de fonctionnalité ou par rapport au monde professionnel. Or PASINI décrit que « Celles qui ne signalent aucun changement psychologique ont le comportement sexuel le plus stable. Celles qui ont peur de nuire à l'enfant réduisent leurs performances sexuelles, surtout au deuxième et au troisième trimestre. Celles qui ont des réactions psychologiques négatives pendant la grossesse diminuent leur sexualité déjà au premier et au deuxième trimestre, la libido étant particulièrement affectée. Celles qui sont psychologiquement épanouies ont une vie sexuelle améliorée dans les trois paramètres (désir, fréquence, satisfaction) et pour les trois trimestres » (2). DE JUDICIBUS montre que la dépression est un important facteur prédictif de réduction de désir et satisfaction sexuel pendant la grossesse (9). Par ailleurs, SYDOW explique la relation négative entre symptômes psychiques, dépression, labilité de l'humeur pendant la grossesse et après la naissance et intérêt sexuel, satisfaction et activité coïtale (16). Ceci renforce l'idée que la prise en charge de la sexualité passe par une prise en charge des souffrances psychiques.

✓ Le parcours AMP ne dégrade pas systématiquement la sexualité pendant la grossesse

Le vécu des femmes ayant suivi un parcours d'AMP dans cette étude est divergent. Que leur sexualité soit épanouie ou non, les femmes ne la mettent pas en rapport avec ce parcours. GAMET montre que 75% des femmes et 70% des hommes présentent des signes de souffrance en matière de sexualité. Des critères bien que non prédictifs sont relevés comme une infertilité supérieure à 4 ans, l'âge supérieure à 32 ans pour les femmes et 42 pour les hommes, l'implication de l'homme dans l'origine de l'infertilité et le type d'AMP. Elle explique que le critère de plaisir serait dans ce cas plus pertinent que celui de l'activité sexuelle. Elle montre également que « les femmes et les hommes interrogés, dans leur appréciation de la sexualité, ne diffèrent pas fondamentalement de la population générale malgré cette souffrance » Elle développe le principe de l'existence dans cette population de 5 « profils de sexualité » (« une sexualité meurtrie », « une sexualité sortie du paysage », « une sexualité entre parenthèses », « une sexualité assez harmonieuse en recherche d'épanouissement », « une sexualité épanouie »). (24)

✓ Des antécédents bénéfiques ou néfastes

◆ La parité rassurante

Les femmes dont ce n'est pas la première grossesse semblent plus à l'aise avec leur sexualité. Elles expliquent avoir déjà répondu à leurs interrogations ou être rassurées par l'expérience de la première grossesse. Les études de PASINI et MASTERS et JOHNSON constatent que chez les primipares la sexualité est moins satisfaisante tout au long de la grossesse alors que chez les multipares elle s'améliore en particulier au 2^e trimestre (1,2).

◆ Une fausse couche, un facteur n'altérant pas forcément la sexualité

L'antécédent de fausse couche peut générer une demande accrue d'information envers les soignants mais dans ce travail le lien avec la sexualité n'a pas été évoqué par les femmes interrogées. Une était angoissée jusqu'à l'échographie de 12 SA par des épisodes de saignements du premier trimestre. On ne retrouve pas de donnée précise sur le retentissement de cet antécédent sur la sexualité pendant la grossesse suivante.

◆ Le doute sur la résurgence d'antécédents sexologiques

Il est intéressant de s'interroger sur le retentissement des symptômes sexuels antérieurs à la grossesse. Plusieurs études ont montré le rôle de la sexualité antérieure (2) avec une plus grande stabilité de la sexualité tout au long de la grossesse chez les femmes déjà satisfaites. Le désir est augmenté chez les femmes pour lesquelles il était absent auparavant, il est stable lorsqu'il était normal avant. Enfin, la « diminution de la sexualité a été plus flagrante lorsque les femmes présentaient antérieurement une frigidité intermittente ». Toutefois, les symptômes particuliers comme les dyspareunies antérieures, le vaginisme, le trouble érectile du partenaire par exemple ne sont pas décrits. Or une femme qui a souffert de vaginisme plusieurs années auparavant a exprimé l'inquiétude de sa possible réapparition. De quoi s'agit-il ? D'une résurgence des causes de ce symptôme que l'on pensait résolu ? D'une « cicatrice » sexuelle qui se réveillerait à la faveur de la grossesse. Un début de réponse à cette question est apportée par RAINELLI montrant la reviviscence des violences sexuelles vécues pendant l'enfance à l'occasion de la grossesse et de la naissance (25).

- ✓ L'impact de l'histoire de la grossesse, personnelle et familiale

- ◆ Le retentissement sexuel du caractère désiré de la grossesse non précisé

Dans cette étude, les femmes n'ont pas évoqué de lien entre leur désir initial de grossesse et le vécu de leur sexualité. Toutes les grossesses ont été relativement rapidement et favorablement acceptées par les mères, elles n'ont pas pointé de lien entre ce fait et leur sexualité aussi diversement vécue soit elle. PASINI a essayé d'analyser l'influence du désir de grossesse pendant son déroulement sur la sexualité mais il s'est heurté à l'ambiguïté de la notion. Il explique que la notion d'acceptation de la grossesse plutôt que de désir de celle-ci serait peut-être plus adaptée (2).

- ◆ L'apprentissage du sexe de l'enfant, facteur déstabilisant inattendu

L'apprentissage du sexe du bébé lors de la deuxième échographie a pu suscité un profond désarroi. Sans préférence particulière initiale, la nouvelle a fait ressurgir chez une la souffrance qu'a vécu son frère durant l'enfance et qui l'a reporté sur elle. Le soutien de son conjoint et de sa sage-femme furent décisifs pour les semaines qui ont suivi, elle réussit à reprendre confiance en elle et la peur de reproduire le schéma familial a diminué. Plusieurs questions découlent de ce fait, la prise en charge de la souffrance psychique au cours de la grossesse, l'attention qu'on apporte en tant que praticien aux annonces faites aux patientes sur les éléments auxquels on ne porte pas d'éléments de gravité, enfin le retentissement sur le vécu de la grossesse et la sexualité d'une faiblesse psychique. SZEJER met en avant l'impact de l'histoire familiale et personnelle sur le vécu de la grossesse (6).

- ✕ Le partenaire et le couple

- ✓ Le partenaire et son vécu influencent la sexualité des femmes

Le regard du mari et sa façon de parler du corps de sa femme semblent primordiaux pour que les femmes apprécient ce corps en mutation. Celles qui se sentent à l'aise évoquent facilement « mon mari me dit que je suis belle en tant que femme enceinte ».

Elles ont fréquemment l'impression d'être moins attirantes, certaines vont « faire l'effort » pour plaire à leur conjoint bien que plus à l'aise dans des vêtements peu avantageux. SYDOW trouve qu'entre un quart et la moitié des femmes enceintes se trouvent moins attirantes qu'avant (16). WHITE rapporte jusqu'à 70% de femmes enceintes légèrement insatisfaites de leur apparence et 40% totalement insatisfaites, elles craignent ne plus être désirable pour leur conjoint et de perdre leur amour pour l'attrait sexuel d'une femme non enceinte (21). CALHOUN avance le niveau de perception d'attraction physique envers la femme enceinte comme facteur pouvant diminuer l'intérêt et l'activité sexuelle au troisième trimestre (26). TOURNÉ explique le rôle du regard du conjoint permettant d'apprécier l'image du corps comme il va devenir, il a un rôle de « miroir » (17). Celui-ci aiderait les femmes, s'il est valorisant, à mieux accepter les modifications physiques. Enfin la perception d'être moins attirante pour les femmes enceintes induirait un déclin de l'intérêt et de l'activité sexuelle (26).

Les femmes ont beaucoup mis en avant le côté plus attentionné, plus prévenant et protecteur de leur conjoint vis à vis de celles-ci et de leurs grossesses. Ceci est confirmé par l'étude de SCHEBAT (27). Le conjoint deviendrait ainsi progressivement père et chef de famille. Comme si ces neuf mois étaient pour lui aussi, l'occasion d'une mutation en père de famille, le temps de l'acceptation de ce rôle et d'endosser cette responsabilité. En prenant soin de sa conjointe et de cette grossesse il commencerait à prendre sa place de père.

Enfin, une grande partie des femmes interrogées ont relayé des questions, difficultés ou gênes provenant leur conjoint. On l'a vu, les représentations, causes sont variées (peur de faire mal au bébé ou à la mère, représentation de l'anatomie féminine et du coït perturbé, changement de l'image de la femme). Pour la plupart, ils n'en n'ont pas parlé. REICHENBACH montre bien que, contrairement à ce qu'ils en disent, le sujet reste tabou. Ce même auteur montre que le désir des hommes diminue au cours de la grossesse avec une chute brutale chez 27% d'entre eux au 3^e trimestre. Il en va de même pour le plaisir, la capacité à éjaculer et la fréquence des rapports (3).

✓ La place du couple

◆ La qualité relationnelle, souvent conservée, favorable à l'épanouissement sexuel

Toutes les femmes mettent en avant la sensation de bien-être qu'elles ressentent dans leur couple même celle ayant vécu une séparation temporaire. AHLBORG analyse

ces changements de rapport au sein du couple durant la grossesse et confirme l'idée que devenir parent permettrait une autre dimension dans l'intimité et dans la relation de partage et de lien entre les partenaires, partageant d'autres formes d'émotions, d'activités et de rôle (28).

La qualité de la relation dans le couple est très souvent conservée voire renforcée. Les femmes évoquent la complicité, la proximité voir la complémentarité. Elles évoquent aussi la notion de protection réciproque. Plusieurs études confirment l'idée que même en cas de sexualité dégradée la qualité relationnelle est conservée (14,20). REICHENBACH fait le même constat auprès des hommes (3). Par ailleurs, les femmes enceintes ont un plus haut niveau d'engagement dans leur relation et de sentiments amoureux avec leur conjoint par rapport à celles qui ne le sont pas (14).

◆ Les femmes culpabilisent de restreindre leur conjoint

Aussi, SYDOW montre que l'activité sexuelle des femmes enceintes est souvent motivée par l'idée d'accomplir leur « devoir conjugal » ou de donner satisfaction à leur conjoint (16). Cette notion est intéressante à souligner par rapport à la culpabilité de certaines femmes envers à leur mari. Elles peuvent être peinées de devoir limiter les activités domestiques et de devoir demander de l'aide à leur mari. Il en va de même pour les contraintes physiques et psychiques limitant leur sexualité. En effet, MASTERS et JOHNSON trouvent que pour les 77 femmes auxquelles leur médecin a prescrit l'absence de pénétration, 68 s'inquiètent des conséquences néfastes sur leur mari (1).

◆ La communication, outil fondamental pour appréhender au mieux les modifications sexuelles

Toutes pointent l'importance de la communication pour traverser ce moment de la vie du couple. Certaines nuancent en évoquant la nécessité de garder une part de « jardin secret » quand d'autres sont partisans du « on se dit tout ». En effet, il est montré que de la satisfaction relationnelle découle le niveau de sexualité pendant la grossesse et est prédictif du désir sexuel en postpartum (9). La grossesse serait ainsi un moment privilégié dans la vie d'un couple par la multitude de modifications. Il semble donc nécessaire de promouvoir le dialogue au sein du couple pour mieux comprendre les pensées et les bouleversements de l'un et l'autre. Ce temps du couple demande une augmentation des « tolérances » de chacun. On peut voir la grossesse comme l'occasion pour le couple de futurs parents de

mieux se connaître, se redécouvrir, appréhender différemment certaines facettes de l'autre.

2. Les représentations de la sexualité pendant la grossesse

➤ L'influence néfaste de certaines représentations anatomiques ou physiologiques des femmes

Une femme a exprimé ses craintes à ne pas avoir de rapport. Son entourage lui conseillait de se forcer, elle pensait qu'avoir des rapports permettrait d'avoir une grossesse qui se passe dans de meilleures conditions, que le bébé grandirait mieux et que l'accouchement serait plus aisé. Cette idée est particulièrement véhiculée dans certaines cultures comme la tribu Azanda (Congo, République Centrafricaine, Soudan du Sud), Samoz (Burkina Faso), Dogons (Mali) ou Esquimaux par exemple (29).

Plus fréquemment dans l'enquête, les femmes interrogées se questionnaient quant à l'innocuité des rapports sexuels avec pénétration. PAULETA évalue à 23,4% le taux de femmes ayant peur des relations sexuelles (30). Cette peur est plus évoquée par les femmes qui avaient des contractions fréquentes. Les craintes portent sur le risque d'accouchement prématuré qui pourrait selon elles être secondaire à un excès de secousses pendant l'acte sexuel, à des contractions déclenchées par l'orgasme, au risque infectieux ou encore à la présence d'hormones dans le sperme pouvant déclencher l'accouchement. Les douleurs qu'elles peuvent ressentir étaient perçues comme un signe d'alerte de mauvaise position pour le fœtus ou de souffrance de celui-ci. Une autre exprime sa crainte que la pénétration du pénis de son conjoint ne touche la tête du fœtus, ce qui suggère une représentation anatomique erronée de son corps. Ces représentations peuvent être travaillées en consultation. Les données scientifiques apportant des éléments de réponses à ces questions existent et nous verrons plus loin plusieurs outils supports auxquels nous pouvons avoir recours.

De tout temps et dans toutes les cultures, des considérations particulières régissent le mode de sexualité pendant la grossesse. Cela va de l'interdiction pendant toute la grossesse et le post-partum à une sexualité obligatoire en fonction des époques, des ethnies, des cultures et des religions (31,32). L'héritage culturel de chacun peut ainsi influencer sa perception de la sexualité pendant cette période et être génératrice d'angoisse et de souffrance.

➤ Les origines supposées des modifications sexuelles

Les femmes interrogées ont particulièrement évoqué trois facteurs pouvant être responsables des modifications de leur activité sexuelle. Le premier est la raison hormonale qui modifierait le désir et le plaisir ressenti. Les études ne sont pas très concluantes à ce sujet en raisons des protocoles à mettre en place et l'extrapolation de modèles animaux (21).

Les modifications physiques sont le 2^e facteur avec une diminution de la mobilité, la fatigue, les douleurs ligamentaires et l'essoufflement. Celles-ci sont mise en évidence dans certaines études (16) .

Le 3^e facteur avec les modifications psychiques liées à la grossesse, elle se sentent plus devenir mère plus que femme ou amante. Ce phénomène semble accentué au 9^e mois durant lequel le couple est tourné vers le futur enfant dans leurs pensées et leur organisation (aménagement de la chambre, derniers travaux, derniers achats nécessaires). SAVIG retrouve également cette notion (14).

➤ Les hommes ont exprimé des représentations à leur conjointe traduisant des difficultés pour la sexualité

Ils ont beaucoup évoqué leur crainte de faire mal au fœtus, notamment en l'écrasant, ou à la mère. Un a rapporté à sa conjointe une douleur lors des rapports sexuels. DOUCET corrobore ces éléments dans son étude visant la sexualité des hommes pendant la grossesse (29). REICHENBACH évalue que les modifications de la sexualité des hommes sont dues pour 60% d'entre eux à la peur de faire mal au bébé (3). PASINI retrouve en plus des représentations citées les modifications psychologiques de l'homme à l'égard de sa femme enceinte, les modifications psychiques de l'homme devenant père (2).

On retrouve aussi des représentations anatomiques avec la peur de noyer son enfant avec l'éjaculât ou bien l'impression de lui faire un « shampooing ». RUOL parle également de la crainte de se faire « mordre » le pénis par le fœtus (4,5).

Ces représentations, là encore, peuvent être aisément discutées avec ces hommes qui sont désireux d'une information spontanée des soignants (3).

Par ailleurs, les constats de GANEM sur l'impact de la baisse de libido de l'homme pour sa conjointe dont le corps s'est modifié n'est pas retrouvé (20). Ceci est probablement du au mode de recueil.

➤ Les parents en devenir donnent un place au fœtus modulant la

sexualité

Le 9^e mois est un mois particulier. La sexualité est très limitée pour des raisons physiques, la disponibilité psychique semble moins propice, le couple de parents prépare l'arrivée de leur enfant. Cette notion est étayée par GANEM rapportant à cette période des rapports sexuels plus doux. Il le caractérise comme « le mois d'attente » (20).

Le fœtus semble avoir son propre rôle au sein de ses parents. En effet, plusieurs femmes ont évoqué la gêne secondaire aux mouvements fœtaux qui pouvaient se produire justement au moment où les parents arrivaient à faire abstraction de celui-ci. Différemment, un couple vit ces rapports comme un acte d'Amour pour lequel leur bébé ressentira l'intensité de ce sentiment. Dans ce cas, les rapports sont très satisfaisants, ils ont une sexualité très épanouie et ils ne sont pas perturbés par cette présence. Toutefois, majoritairement, les couples sont gênés par la présence de ce tiers. Cette forme de relation à trois modifie la dynamique sexuelle. D'ailleurs plutôt qu'une notion de période, trimestrielle ou mensuelle après laquelle la sexualité décroît, la notion de perceptions des mouvements fœtaux est souvent analysée comme charnière. Quelques auteurs comme PASINI évoquent ces mouvements mais ne démontrent pas de lien de causalité (2). Il en est de même pour la place du tiers évoqué par AHLBORG (28). Ainsi, « L'Amour de l'autre, l'amour du futur bébé, l'amour et le respect de soi dans une alternative de couple, non plus vécue comme astreignante, peuvent alors s'exprimer au grand jour et réaliser le rêve de fusion totale de deux êtres afin d'en former un troisième, l'enfant. » (GANEM) (20).

3. L'attitude et l'information plébiscitées

➤ Des soignants spontanés, disponibles et ouverts souhaités

Dans cette étude, la nécessité que les soignants abordent spontanément le thème de la sexualité est énoncée. Beaucoup ont parlé de leur sage-femme pour la disponibilité, la relation établie et le genre féminin. Cependant, il semble que d'autres préféreraient le praticien qui suit la grossesse pour l'idée de suivi et le lien de confiance établi. Le suivi pluriel des femmes interrogées montre bien que la sexualité des femmes enceintes n'est pas l'apanage d'une profession de santé mais bien de l'ensemble des soignants encadrant la grossesse.

Tous les soignants encadrant la grossesse sont donc concernés et devraient aborder de manière systématique le thème de la sexualité. REICHENBACH fait le même constat auprès des hommes (3). BOGREN met en évidence la nécessité de rechercher et discuter

des représentations de la sexualité des femmes et des hommes durant la grossesse (18).

➤ Ouvrir un dialogue sur la sexualité et rassurer

Cette information serait l'occasion d'aborder la sexualité avec la patiente et de lui laisser une porte ouverte à la discussion. Aussi, elle permettrait de rassurer celle-ci non seulement sur les représentations courantes, la « normalité » de ce qu'elles vivent. Il s'agit d'informer sur les bouleversements psychiques et physique de la grossesse et de la diversité de vécus de la sexualité pendant la grossesse. Par ailleurs, il est important de s'adresser au conjoint, s'il est présent lors de la consultation, sinon faire passer notre message d'ouverture par sa femme. De cette façon, il pourra revenir en discuter s'il le souhaite mais aussi introduire la discussion au sein du couple. En effet, 40% des hommes trouvent important de parler des modifications dans la sexualité pendant la grossesse (3).

➤ La sexualité évoquée régulièrement au cours du suivi

Nous l'avons vu, tous les soignants sont concernés. L'information est souhaitée relativement tôt pendant la grossesse, allant de la première consultation au début du 3^e trimestre. RUOL trouve que l'information est nécessaire pour 43% au 1^e trimestre, 24% au 2^e trimestre et 52% au 3^e (4,5). Un abord est dans tous les cas plébiscité de manière régulière. Certaines privilégieraient le cadre du groupe de la préparation à la naissance quand d'autres préféreraient le cadre « tête à tête » et confidentiel de la consultation.

Pour celles souhaitant un support d'information écrit il ne s'agit pas de se substituer au dialogue avec le soignant. Il doit être un guide, un support restant après la consultation.

➤ L'information souhaitée

Les notions à aborder sont superposables à celles évoquées par les études précédentes (modifications physiologiques liées à la grossesse, modifications psychiques liées à la grossesses, difficultés fréquemment rencontrées par les couples, innocuité des rapports en dehors des contre indications à citer, difficultés rencontrées par le conjoint, positions possibles, rappel anatomique du périnée féminin et le repère anatomique lors du rapport sexuel, sexualité du post-partum (7,9,23,28,33), sexualité pendant et après une procédure d'AMP (24)). Des nouveautés apparaissent toutefois concernant la modification des mamelons et la peur de ne pas retrouver leur corps d'avant la grossesse. De même il serait pertinent d'interroger l'éventuelle résurgence de symptômes sexuels résolus.

➤ Des outils déjà disponibles, peut-être méconnus

Un support d'information à destination des patients a été élaboré par K-L RUOL (4,5). Celui-ci, à la fois simple et clair, peut servir de base à l'information.

Par ailleurs le poster du « Kama Sutra de la grossesse » développé par C FABRE-CLERGUE, permet de répondre aux interrogations sur les positions pendant les rapports sexuels mais aussi, d'afficher intérêt et esprit d'ouverture du soignant sur ce sujet parfois tabou ou difficile à évoquer. Elle a aussi développé, à destination des couples en difficulté durant la grossesse, des jeux de cartes. Ceux-ci permettent de caractériser les situations douloureuses et de faciliter la discussion au sein du couple (15).

Dans certaines maternités il existe des séances de préparation à la naissance à destination des pères. L'occasion, d'évoquer notamment la sexualité et les relations de couple et de parent. Beaucoup de femme sont demandeuses pour leur mari, elles regrettent l'absence de temps dédiés pour eux. Certaines femmes m'ont même invité à faire ce travail auprès des hommes.

Enfin, les outils fondamentaux dont nous disposons tous, l'écoute et la parole.

III) Les Biais et limites de cette étude

1. Biais de sélection

La sélection a été réalisée par des professionnels de santé intéressés par le sujet de l'étude, ces patientes sont par conséquent peut-être plus informées sur la sexualité. En effet, les entretiens réalisés l'ont été grâce aux soignants qui se sont impliqués dans la présentation orale de mon étude. Les soignants se contentant d'afficher mon affiche de présentation ne m'ont effectivement adressé aucune patiente.

L'autre facteur pouvant être évoqué est la systématisation de la proposition de l'entretien. En effet, les soignants se sont-ils autorisés à le proposer à toutes leurs patientes présentant les critères d'inclusion ou bien seulement à celles dont ils pensaient qu'elles accepteraient? D'ailleurs, en PMI, la proposition n'a volontairement pas été faite systématiquement.

Les femmes qui ont accepté de répondre à mon entretien sont peut-être plus à l'aise pour parler de sexualité. En effet, au début de l'entretien ou lors du contact téléphonique, j'ai senti une certaine méfiance initiale. Elles acceptaient de répondre à une personne inconnue pour la plupart. Cette méfiance s'est très vite effacée, les entretiens se sont très bien déroulés, dans la détente, ponctués de rires. J'ai vraiment insisté sur le fait qu'elles

devaient se sentir à l'aise et qu'elles étaient libres de ne pas répondre à une question,. En pratique, aucune question n'est restée sans réponse. Il est probable que le cadre de réalisation était rassurant. Les femmes ont majoritairement choisi de réaliser l'entretien à leur domicile, quelque-unes au cabinet, des lieux rassurants voire connus pour la confidentialité (cabinet). Je pense que cela a permis de libérer leur parole. Une autre cause de réticence, évoquée par une femme qui ayant annulé l'entretien, est l'enregistrement vocal de l'entretien, même si je garantissais l'anonymat, l'effacement des enregistrements et évoquais le secret médical et professionnel.

2. Biais de réalisation

Un entretien a été réalisé avec le conjoint à proximité, on peut s'interroger sur la liberté d'expression dans ce cadre.

On peut aussi se poser la question de l'authenticité des réponses chez des femmes recrutés par leurs soignants. En effet, le sujet touchant les pratiques des professionnels perçues par les patientes, elles ont pu être gênées de remettre en cause la pratique de leurs soignants, une sorte de conflit de loyauté est en jeu.

3. Biais d'évaluation

La population interrogée comprend 2 femmes ayant suivies un parcours d'AMP et une l'ayant suivi pour la grossesse précédente. Deux sur 14 femmes interrogées, représente plus que les 2,7% de la population générale (34). Le nombre de grossesses non prévues dans mon étude est de 4 sur les 14 alors que 33% des grossesses sont considérées comme imprévues dans la population générale et que 50% d'entre elles seront avortées (35–37) donc 1/6 des grossesses évoluées seraient non prévues. Même si le mode de recrutement était varié (sage-femme, médecin, PMI) ces deux observations limitent le caractère général de la population.

Conclusion

Les recommandations officielles de l'OMS (11) et de l'HAS (12,13) mettent l'accent sur la prise en charge de la santé sexuelle pendant la grossesse de manière préventive. Les études ont montré le retentissement en postpartum d'une sexualité non épanouie (10). Les femmes (2,4,5) comme les hommes (3,29) sont demandeurs d'une meilleure information sur la sexualité. Des moyens existent déjà pour nous aider pendant les consultations (fiche informative développée par K-L Ruol, affiches développées par l'association « Les Baleines Bleues ») (4,5,7,15).

Cette étude retrouve comme les précédentes, un vécu et des représentations de la sexualité pendant la grossesse empreintes de doutes et de craintes. Les particularités révélées ici sont la difficulté d'appropriation de mamelons transformés, la modification des perceptions sensorielles et particulièrement des sensations tactiles ou de l'odorat. Le lien entre les modifications du statut social avec l'isolement et la sexualité n'est pas élucidé. Aussi, le rôle de la perception des mouvements fœtaux comme facteur précipitant le déclin de la sexualité est mal défini. Enfin, la potentielle résurgence de symptômes sexuels anciens et résolus à la faveur de la grossesse mériterait des explorations approfondies.

Ainsi, la sexualité est influencée par de multiples facteurs. Dans les cas où elle représente une souffrance pour le couple, certains facteurs peuvent être assez facilement pris en charge par une information adaptée et une discussion ouverte avec ce couple. Une information donnée par les professionnels de santé était largement souhaitée. Elle devait être faite à l'initiative du praticien. Bien que la majorité évoquait l'intérêt d'aborder la sexualité avec leur sage-femme pour leur disponibilité, en séance de préparation à la naissance, certaines auraient préféré la confidentialité d'une consultation avec le professionnel qui suivait la grossesse. L'argument du genre a été beaucoup cité mais dans ce cas, la grossesse a été suivie par un praticien femme. L'information pouvait se faire dès les premiers mois mais était particulièrement plébiscitée en deuxième moitié de grossesse. Les sujets à traiter étaient la réassurance sur l'innocuité et sur le vécu complètement différent d'une femme à l'autre et d'une grossesse à l'autre. Parler des rapports anatomiques et des modifications physiologiques, les situations à risques, rappeler l'origine des sensations de micro-contractions post-coïtale, le ressenti du bébé et enfin ne pas négliger l'information des pères. Il est important de montrer son ouverture et les possibilités de recours aux couples en cas de difficulté.

Il s'agit ici d'une étude qualitative, une version quantitative plus étendue permettrait

de définir de manière plus précise les propositions, notamment concernant les pratiques professionnelles liées à l'information, les plus plébiscitées. (séances de préparation à la naissance/ consultations; dès le début de la grossesse/à partir du milieu du 2^e trimestre; orale et/ou écrite, hiérarchisation des représentations et vécus).

Une autre étude qualitative pourrait être menée auprès des pères, comme cela a été demandée par les conjointes. Aussi, il serait pertinent de réaliser une étude qualitative auprès des soignants pour connaître leurs représentations de la sexualité pendant la grossesse et ce qui peut limiter leurs actions dans ce domaine.

Il s'agit d'un véritable acte de prévention au long court, prévention de la qualité de la santé sexuelle des deux partenaires à la fois pendant la grossesse et après l'accouchement, prévention de la vie de couple et de parents. Il serait par ailleurs intéressant d'analyser l'impact de cette prévention sur les relations extra-conjugales débutées pendant la grossesse ou le post-partum ou encore sur les violences conjugales débutant pendant la grossesse.

« La grossesse née de l'amour est faite pour faire vivre l'amour ». Marc GANEM

Références bibliographiques

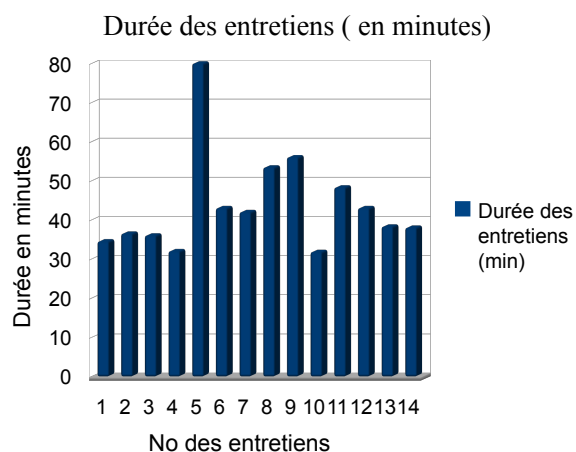
1. Masters WH, Johnson V. Grossesse et réponse sexuelle. Les réactions sexuelles. Paris: Robert Laffont; 1968. p. 383.
2. Pasini W. Vie sexuelle pendant la grossesse. Sexualité et gynécologie psychosomatique. Masson; 1974. p. 79–130.
3. Reichenbach S, Alla F, Lorson J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse: une étude pilote portant sur 72 hommes. Sexologies. 2001;42(11):1–8.
4. Ruol K-L. L'Amour en attendant... Les Dossiers de l'Obstétrique. 2000 Février; (280):19–27.
5. Ruol K-L. L'Amour en attendant... Les Dossiers de l'Obstétrique. 2000 Jan;(279):5–21.
6. Szejer M, Stewart R. Ces Neuf Mois Là. Paris: Robert Laffont; 1994.
7. Fabre-Clergue C, Duverger-Charpentier H. Sexualité du postpartum. La Revue Sage-Femme. 2008 Dec;7(6):301–4.
8. Fabre-Clergue C. Prévention des troubles sexuels survenant après la naissance d'un enfant. Nantes; 2011.
9. De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. Journal of Sex Research. 2002;39(2):94–103.
10. Van Brummen H, Bruinse H, Van De Pol G, Heintz A, Van Der Vaart C. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2006;113(8):914–8.
11. World Health Organization et al. Essential antenatal, perinatal and postpartum care. Genève: OMS; 2002.
12. HAS. Recommandations Professionnelles : Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. 2005 Avril. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
13. HAS. Recommandations Professionnelles : Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. 2005 Nov. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
14. Sagiv-Reiss DM, Birnbaum GE, Safir MP. Changes in Sexual Experiences and Relationship Quality During Pregnancy. Arch Sex Behav. 2012 Oct 1;41(5):1241–51.
15. Fabre-Clergue C. Le Kama Sutra de la grossesse [Internet]. Available from: <http://www.lesbaleinesbleues.com/boutique.php?id=poster1>
16. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. Journal of Psychosomatic Research. 1999 Juillet;47(1):27–49.

17. Tourné C-É. Un corps pour trois. La sexualité au cours de la grossesse. Spirale. 2003 Apr 1;n° 26(2):89–107.
18. Lennart Y, Bogren M. D. PD. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. Arch Sex Behav. 1991 Feb 1;20(1):35–45.
19. GÖKYILDIZ Ş, BEJI NK. The Effects of Pregnancy on Sexual Life. Journal of Sex & Marital Therapy. 2005;31(3):201–15.
20. Ganem M. La sexualité des couples pendant la grossesse. Manuel de Sexologie. Elsevier Masson; 2010. p. 451.
21. White SE, Reamy K. Sexuality and pregnancy: A review. Arch Sex Behav. 1982 Oct 1;11(5):429–44.
22. Soussana J. Olfaction Amour Sexualité [Mémoire de DIU Sexologie]. [Nantes]: Université de Nantes; 1998.
23. Hyde JS, DeLamater JD, Plant EA, Byrd JM. Sexuality during pregnancy and the year postpartum. Journal of Sex Research. 1996;33(2):143–51.
24. 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. 2008 Avril;17(2):102–12.
25. Rainelli C, Orliaguet M-H, Villars M-L. Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance des abus sexuels subis pendant l’enfance. Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence. 2012 juillet;60(5):356–61.
26. Calhoun LG, Selby JW, King HE. The influence of pregnancy on sexuality: A review of current evidence. Journal of Sex Research. 1981;17(2):139–51.
27. Schebat C. L’activité sexuelle au cours de la grossesse. Cahier de Sexologie Clinique. 1975;2:145–67.
28. Ahlborg T, Strandmark M. Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery—First-time parents’ own views and coping strategies. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2006 Jan;27(3):163–72.
29. Doucet-Jeffray N, Miton-Conrath S, Le Mauff P. Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse? La Revue Exercer. 2004 Nov;(71):111–9.
30. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality During Pregnancy. The Journal of Sexual Medicine. 2010;7(1pt1):136–42.
31. Knibiehler Y. Grossesse et sexualité. Regards sur le passé. Spirale. 2003 Apr 1;n° 26(2):19–27.
32. Tardieu N. Grossesse et Sexualité à travers l’Histoire. Connaissances et Savoirs; 2004.
33. Miljanovic B. Sexualité Masculine du Post-Partum [Mémoire DIU de Sexologie]. [Nantes]: Université de Nantes; 2010.

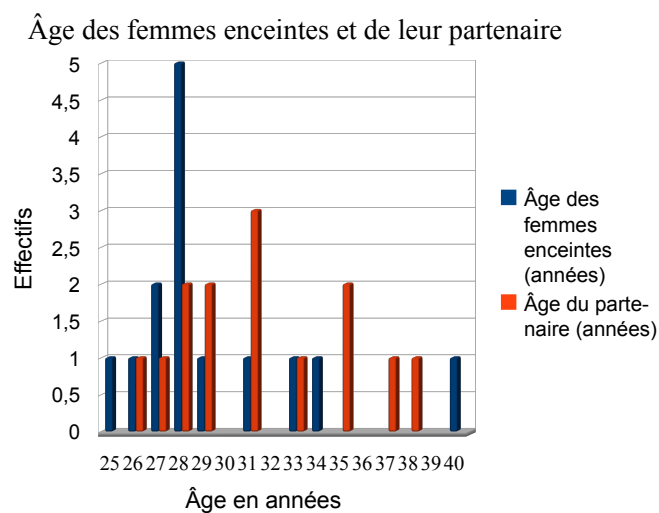
34. Agence de la Biomédecine. Activité d'Assistance Médicale à la Procréation [Internet]. 2010. Available from: <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2011/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>
35. Bajos N, Leridon H, Goulard H, Oustry P, Job-Spira N. Contraception: from accessibility to efficiency. *Hum. Reprod.* 2003 May 1;18(5):994–9.
36. Bajos N, Moreau C, Leridon H. Pourquoi le nombre d'avortements n'at-il pas baissé en France depuis 30 ans. *Populations et sociétés.* 2004;407:1–4.
37. Beltzer N, Moreau C, Bajos N. Prévention des grossesses non prévues chez les jeunes en France : pour une double protection des premiers rapports sexuels ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 2011 février;59(1):15–21.

Liste des Figures

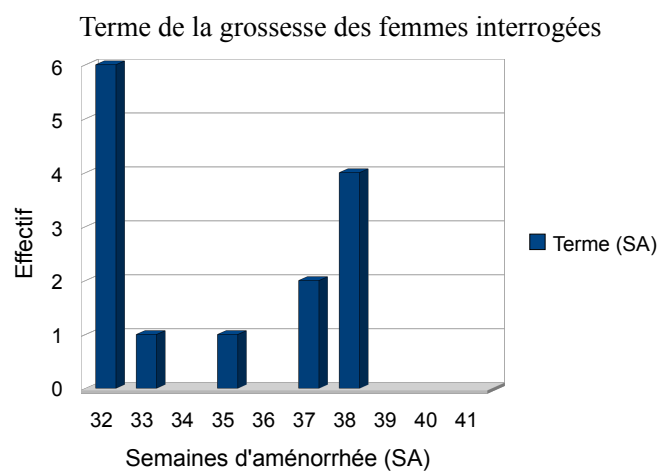
1) Figure 1 : Durée des entretiens



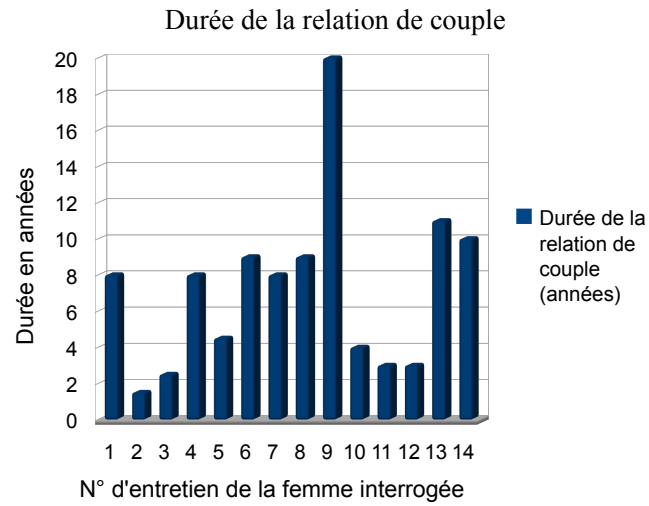
2) Figure 2 : Âge des participantes et de leur conjoints



3) Figure 3 : Terme de la grossesse



4) Figure 4 : Durée de relation de couple



5) Figure 5 : Délai de conception

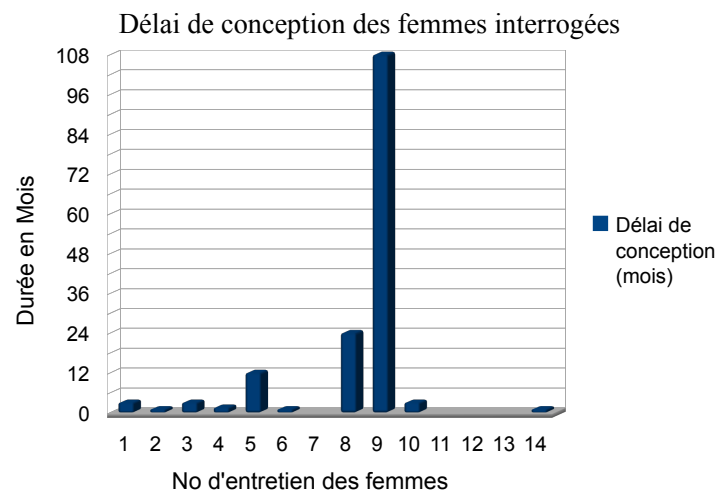


Table des Matières

Introduction	p 12
Méthode	p 14
I) Le type d'étude et la population d'étude	p 14
II) L'organisation du recrutement	p 14
III) La grille d'entretien	p 14
IV) Les entretiens réalisés	p 15
V) L'analyse des données	p 15
Résultats	p 16
I) Descriptions de ces femmes interrogées	p 16
1. Les données sociodémographiques	p 16
2. Leurs antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques	p 16
3. Leurs antécédents gynécologiques	p 17
II) Descriptions de leur grossesse	p 17
1. Leur suivi médical : toujours pluriel	p 17
2. Le contexte de leur grossesse	p 18
➤ Les atteintes médico-chirurgicales secondaires	p 18
➤ Un état psychique modifié	p 18
➤ Le contexte conjugal et sexuel	p 19
✖ Le fonctionnement conjugal : sentiment de sécurité, importance de la communication, complémentarité voire accroissement de la connaissance de l'autre	p 19
✖ Le fonctionnement sexuel influencé par la sexualité antérieure	p 20
III) Le vécu du déroulement de leur grossesse	p 20
1. Le choix, l'attente et l'acceptation de leur grossesse	p 20
➤ Une conception rapide ne signifie pas forcément facilité d'acceptation	p 20
➤ Une conception imprévue, ambivalence avant de se réjouir	p 21
➤ Une conception longue, à la faveur d'un état psychique plus favorable	p 22
2. Le vécu physique	p 23
➤ La prise de poids vécue de façon très différente	p 23
➤ Les modifications de la poitrine pas toujours si valorisante	p 24
➤ Une diminution de l'autonomie difficile à accepter	p 24
➤ Les plaintes gynéco-obstétriques	p 24

3. Le vécu psychique et sociétal	p 25
➤ Des modifications psychiques particulières à la grossesse	p 25
✕ L'abord psychique des modifications corporelles	p 25
✕ L'antécédent de fausse couche anxiogène pour la grossesse actuelle	p 26
✕ Apprendre le sexe du bébé, une étape pas forcément aisée	p 26
✕ Nouveau mode de vie, nouveau statut, devenir mère	p 26
✕ Un moment « extra-ordinaire » dans la vie d'une femme	p 27
✕ Au 9e mois, heureuse d'être enceinte mais hâte de la naissance	p 28
✕ L'anxiété de l'accouchement et son retentissement sur la sexualité	p 28
✕ Anxiété, changement d'humeur, culpabilité, des émotions perturbées	p 28
➤ Des modifications des liens sociaux, une autre place	p 29
✕ L'isolement social pouvant aller jusqu'à la précarité	p 29
✕ Le monde du travail pas toujours clément	p 29
✕ Resserrement des liens familiaux parfois jusqu'au surinvestissement	p 29
✕ Les amis, entre rapprochement et éloignement	p 30
4. Le vécu sexuel et conjugal	p 30
➤ Une sexualité à adapter	p 30
✕ Des modulations variées	p 30
✓ Arrêt précoce des relations sexuelles avec pénétration	p 30
✓ Fréquence diminuée	p 31
✓ Fluctuations de plaisir et de désir pas systématiquement parallèle au cours des trimestres	p 31
✓ Des contraintes physiques pas toujours négatives	p 32
✓ Des nouvelles sensations déstabilisantes	p 32
✓ Une sexualité tournée vers plus d'activités de substitution	p 33
✓ La posture d'amante au deuxième plan	p 33
✓ Une sexualité différente de celle imaginée	p 34
✕ Le père, entre appréhension de la sexualité et compréhension de leur compagne	p 34
✕ La place du bébé, un tiers au sein du couple	p 34
✕ Retrouver une sexualité spontanée après un parcours en AMP	p 35
➤ Un couple à l'honneur	p 36
✕ Promotion de la communication	p 36
✕ Protection mutuelle	p 36

✕ Qualité de la relation conservée voire améliorée malgré la dégradation de la sexualité	p 36
IV) Les représentations de la sexualité pendant la grossesse	p 37
1. Une sexualité presque forcée ou redoutée	p 37
➤ Une sexualité bénéfique pour la grossesse	p 37
➤ Restreindre ses envies pour favoriser la grossesse	p 38
➤ Un nouveau physique source d'angoisse	p 38
➤ Une deuxième grossesse plus sereine	p 38
➤ Découverte de soi, du conjoint et d'une nouvelle sexualité	p 38
2. Les raisons supposées des modifications de leur sexualité	p 39
➤ Les modifications physiques et physiologiques	p 39
➤ Des mutations psychiques et l'état de future mère	p 39
➤ L'occasion de l'épanouissement du statut de femme	p 39
3. Des freins émis par les conjoints	p 40
V) L'information, les attentes des femmes envers leurs praticiens	p 40
1. Les avis sur les recours en place	p 40
➤ L'information par les professionnels de santé non systématique	p 40
✕ La sexualité non abordée avec un praticien, pas synonyme d'épanouissement	p 41
✕ La sexualité abordée avec un praticien, une bonne ébauche	p 41
➤ Le besoin d'information responsable de la multiplication des sources	p 42
2. Les souhaits des femmes enceintes	p 42
➤ Parler de sexualité, l'initiative des praticiens est plébiscitée	p 42
➤ Des qualités d'écoute et de disponibilité plus qu'une profession mises en avant	p 42
➤ Divers lieux et moments propices à parler de sexualité	p 43
➤ Des notions et attentes mises en avant	p 43
✕ Rassurer le couple	p 43
✕ Un support écrit relais du dialogue avec le soignant	p 44
✕ Ne pas négliger les notions à destination des pères	p 44
Discussion	p 45
I) Analyse de la méthode	p 45
II) Les apports de cette étude, congruence et nouveauté par rapport aux anciens travaux	p 45

1. Le vécu des modifications liées à la grossesse	p 45
➤ Du point de vue physique et psychique	p 45
x Des changements physiques et psychiques intriqués	p 45
✓ Le poids, rôle limitant sous plusieurs aspects	p 45
✓ Les modifications des seins	p 46
✓ La fatigue	p 46
x Un bouleversement des repères sociaux peut modifier leur considération d'elles-même	p 47
✓ Le regard des autres pas toujours valorisant	p 47
✓ La femme devient mère	p 47
➤ Du point de vue sexuel, changement et adaptation	p 48
x L'impact des mutations physiques et psychologiques	p 48
✓ La sexualité évolue au cours de la grossesse	p 48
✓ Les douleurs diminuent la sexualité	p 49
✓ Les contractions, des craintes importantes	p 49
✓ Des modifications des perceptions sensorielles pas forcément néfastes	p 49
✓ Des positions souvent monotones	p 50
✓ Des activités de substitutions privilégiées	p 50
✓ Les rêves érotiques	p 50
x L'impact du vécu physique, de l'histoire personnelle et familiale	p 50
✓ Les souffrances psychiques altèrent la sexualité	p 51
✓ Le parcours AMP ne dégrade pas systématiquement la sexualité pendant la grossesse	p 51
✓ Des antécédents bénéfiques ou néfastes	p 52
◆ La parité rassurante	p 52
◆ Une fausse couche, un facteur n'altérant pas forcément la sexualité	p 52
◆ Le doute sur la résurgence d'antécédent sexologique	p 52
✓ L'impact de l'histoire de la grossesse, personnelle et familiale	p 53
◆ Le retentissement sexuel du caractère désiré de la grossesse non précisé	p 53
◆ L'apprentissage du sexe de l'enfant, facteur déstabilisant	

inattendu	p 53
x Le partenaire et le couple	p 53
✓ Le partenaire et son vécu influencent la sexualité des femmes	p 53
✓ La place du couple	p 54
♦ La qualité relationnelle, souvent conservée, favorable à l'épanouissement sexuel	p 54
♦ Les femmes culpabilisent de restreindre leur conjoint	p 55
♦ La communication, outil fondamental pour appréhender au mieux les modifications sociales	p 55
2. Les représentations de la sexualité pendant la grossesse	p 5
➤ L'influence néfaste de certaines représentations anatomiques ou physiologiques des femmes	p 56
➤ Les origines supposées des modifications sexuelles	p 56
➤ Les hommes ont exprimés des représentations à leurs conjointe traduisant des difficultés pour la sexualité	p 57
➤ Les parents en devenir donnent une place au fœtus modulant la sexualité	p 57
3. L'attitude, l'information plébiscitées	p 58
➤ Des soignants spontanés, disponibles et ouverts souhaités	p 58
➤ Ouvrir un dialogue sur la sexualité et rassurer	p 59
➤ La sexualité évoquée régulièrement au cours du suivi	p 59
➤ L'information souhaitée	p 59
➤ Des outils déjà disponibles, peut-être méconnus	p 60
III) Les biais et limites de cette étude	p 60
1. Biais de sélection	p 60
2. Biais de réalisation	p 61
3. Biais d'évaluation	p 61
Conclusion	p 62
Références Bibliographiques	p 64
Liste des Figures	p 67
Table des Matières	p 69
Annexes	p 74
Permis d'imprimer	p 77

Annexes

1) Affiche d'information

Mesdames,

Je réalise actuellement ma thèse de médecine générale sur le thème :

« Sexualité au cours du troisième trimestre de grossesse »

Le but de cette étude est d'améliorer notre prise en charge des femmes enceintes, d'analyser leurs besoins notamment en matière d'information et d'écoute des femmes au cours du 3^e trimestre de leur grossesse concernant leur sexualité.

Pour ce faire, j'ai besoin de réaliser des entretiens d'environ 30 min à 1h avec des femmes au cours de leur 3^e trimestre de grossesse.

Si vous souhaitez nous aider à faire progresser cette prise en charge, n'hésitez pas à me contacter pour fixer un rendez-vous selon vos possibilités au **06 15 79 28 23** ou **auduchene@gmail.com**

Bien entendu, je suis soumise au secret médical et les entretiens sont anonymisés.

Merci d'avance de votre aide,

Aude-Marie DUCHÊNE
interne en médecine générale

2) Grille d'entretien

Travail de Thèse : Grossesse et sexualité

Nous vous remercions de nous aider à réaliser ce travail de thèse concernant la sexualité pendant la grossesse. Vos réponses permettront de nous informer.

Certaines questions concernent des domaines personnels et intimes, nous vous assurons la confidentialité. Les réponses à ce questionnaire sont totalement **anonymes**, votre nom n'est donc mentionné nulle part.

Questions Générales :

- A quel terme êtes vous ?
- Quel âge avez-vous ?
- Quel âge a votre partenaire?
- Votre grossesse a été suivie jusqu'à là par : (plusieurs réponses possibles)
- * Une sage-femme * Un gynécologue * Un médecin généraliste
- Est-ce votre première grossesse?
- Combien d'enfants avez-vous ?

Questions Médicales et Chirurgicales :

- Avez-vous des maladies pour lesquelles vous êtes suivi pendant la grossesse (diabète, HTA...)?
- * Oui * Non Si oui lesquelles:
- Avez-vous des maladies pour lesquelles vous avez été suivi (diabète, HTA...)?
- * Oui * Non Si oui lesquelles:
- Avez-vous eu des opérations ?
- * Oui * Non Si oui lesquelles:
- Avez-vous été soigné pour des difficultés psychologiques ou psychiatriques (dépression, anxiété, anorexie, boulimie, autres...)?
- * Oui * Non Si oui lesquelles:
- Actuellement avez-vous des difficultés psychologiques ou psychiatriques (dépression, anxiété, anorexie, boulimie, autres...)?
- * Oui * Non Si oui lesquelles:
- Avez-vous déjà eu des problèmes de santé d'ordre gynécologique ?
- * Oui * Non Si oui lesquels:
- Avez-vous déjà eu des problèmes de santé lors d'une précédente grossesse (modification du col, placenta praevia, hospitalisation) ?
- * Oui * Non Si oui lesquels:
- Avez-vous eu recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)?
- * Oui * Non Si oui combien de fois:
- Avez-vous eu recours à l'interruption médicale de grossesse?
- * Oui * Non Si oui combien de fois:
- Avez-vous eu recours à l'aide médicale à la procréation (AMP)?
- * Oui * Non Si oui, est-ce pour la grossesse actuelle?
- Prenez-vous des médicaments ?
- * Oui * Non Si oui, lesquels (ou pour quelles raisons):

Questions relatives à la grossesse:

- Donner les indications suivantes liées à votre grossesse?
- Votre poids habituel, combien de poids avez-vous pris pendant votre grossesse : (image corporelle). Que pensez-vous de cette prise de poids? La modification de l'image de votre corps?
- La grossesse actuelle était-elle attendue?
- Aviez-vous arrêté votre contraception?
- * Oui * Non Si oui, le délai de conception vous a-t-il paru long?, précisez
- Avez-vous accepté facilement votre grossesse ?

Questions Contextuelles :

- Quel est votre statut conjugal?
- * En couple non mariée * Mariée * Seule, pas en couple
- Si vous êtes en couple ou mariée, depuis combien de temps êtes-vous avec votre conjoint ?
- Comment définiriez-vous votre relation de couple (sentiment, confort, relation, complicité...) avant et depuis début grossesse?
- Vous sentez-vous en sécurité dans votre relation de couple ?
- Qualité relationnelle avec votre conjoint actuellement par rapport à avant la grossesse. (moins

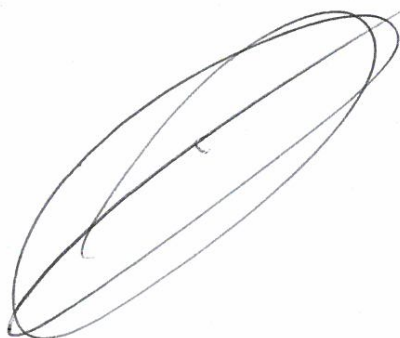
PERMIS D'IMPRIMER

**THÈSE DE Madame DUCHÊNE-PATON Aude-
Marie**

Vu, le Directeur de thèse



Vu, le Président du jury de thèse



**Vu, le Doyen de la
Faculté de Médecine
d'ANGERS**



Professeur I. RICHARD

Vu et permis d'imprimer

