



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Faculté de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud – Charles Mérieux

SITE de FORMATION MAIEUTIQUE de BOURG-EN-BRESSE

# GROSSESSE ET SEXUALITE : L'INFORMATION DES PRIMIPARES

Mémoire présenté et soutenu par

**Marine DELION**

Née le 28 Juin 1992

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

Promotion 2012 - 2016



## REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier l'ensemble des patientes qui ont répondu à mon questionnaire. Mon travail aurait été impossible sans elles.

A Mme Metrat, Mme Christin, Mme Briday et Mme Girod pour avoir accepté de m'aider et pour avoir participé à la distribution des questionnaires.

A Paola Bonhoure, ma guidante de mémoire pour sa disponibilité, sa bienveillance et sa patience tout au long des quatre années écoulées.

À Maryse Piccyk, sage-femme sexologue, pour les conseils qu'elle a su me prodiguer.

A l'ensemble des professionnels de santé rencontrés tout au long de ces quatre années qui ont contribué à ma formation et qui ont fait de moi la sage-femme que je suis,

A l'ensemble de la promotion 2012-2016 avec laquelle j'ai partagé ces quatre intenses années d'étude.

A mes parents, Quentin et Christine pour leur soutien,

A Manon, Coralie, Océane, Faustine et Anaïs pour l'amitié qu'elles m'apportent,

A Antoine pour son soutien sans faille.

# TABLE DES MATIERES

<b>LISTE DES ABBREVIATIONS.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>PARTIE I.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Les modifications hormonales et anatomiques gravidiques .....</b>	<b>7</b>
1.1. Les modifications hormonales.....	7
1.1.1. La $\beta$ HCG (Hormone Gonadotrophique Chorionique).....	7
1.1.2. La progestérone .....	7
1.1.3. Les œstrogènes .....	7
1.1.4. La prolactine.....	8
1.2. Les modifications anatomiques .....	8
1.2.1. L'abdomen .....	8
1.2.2. Les seins .....	8
1.2.3. La peau et les phanères .....	8
1.2.3.1. Les modifications cutanées .....	9
1.2.3.2. Les modifications des phanères.....	9
1.2.3.3. L'activité des glandes sudoripares et sébacées .....	10
1.2.4. La prise de poids.....	10
1.2.5. Le pelvis .....	10
1.2.6. Les « maux » de la grossesse.....	10
1.2.6.1. Les troubles gastro-intestinaux .....	10
1.2.6.2. Les douleurs dorsales .....	11
<b>2. Les remaniements psychiques et psychologiques .....</b>	<b>11</b>
2.1. Les phénomènes psychiques.....	11
2.1.1. L'attachement.....	11
2.1.2. La transparence psychique.....	12
2.1.3. Le rapport à la mère.....	12
2.1.4. L'enfant imaginaire .....	12
2.1.5. L'image corporelle .....	13
2.2. Le vécu des différents trimestres .....	13
<b>3. La sexualité pendant la grossesse.....</b>	<b>14</b>
3.1. Les hormones .....	14
3.2. Physiologie de l'acte sexuel et impacts anatomiques.....	14
3.2.1. La phase d'excitation .....	14
3.2.2. La phase en plateau.....	15
3.2.3. L'orgasme .....	15
3.2.4. La phase de résolution .....	15
3.3. Évolution de la sexualité pendant la grossesse .....	15
3.3.1. Le premier trimestre .....	16
3.3.2. Le deuxième trimestre .....	16
3.3.3. Le troisième trimestre .....	17
<b>PARTIE II .....</b>	<b>18</b>
<b>1. Présentation de l'étude .....</b>	<b>19</b>
1.1. But de l'étude.....	19
1.2. Moyens employés.....	19
1.2.1. Les questionnaires .....	19
1.2.2. La distribution .....	19
1.2.3. Méthode d'analyse .....	20

<b>2.</b>	<b>Résultats et analyse.....</b>	<b>20</b>
2.1.	La population étudiée .....	20
2.1.1.	L'âge de la population.....	20
2.1.2.	Calcul de l'IMC de la population.....	21
2.1.3.	Calcul du terme de la population.....	21
2.1.4.	Désir de grossesse.....	22
2.2.	Recherche des antécédents personnels .....	22
2.2.1.	Recherche des antécédents généraux.....	22
2.2.2.	Recherche des antécédents gynécologiques et obstétricaux .....	23
2.2.2.1.	Recours à la PMA.....	23
2.2.2.2.	Antécédents d'IVG.....	23
2.2.2.3.	Antécédents de fausse couche spontanée .....	24
2.2.2.4.	Antécédents d'ITG.....	24
2.3.	Les attentes sur la sexualité pendant la grossesse avant la période gestationnelle .....	24
2.3.1.	Modifications attendues.....	24
2.3.2.	Modifications attendues concernant la fréquence des rapports.....	25
2.3.3.	Appréhensions .....	25
2.3.4.	Modifications attendues par le conjoint et appréhensions qu'elles suscitent .....	26
2.3.4.1.	Le conjoint envisage-t-il la sexualité différemment pendant la grossesse ?.....	26
2.3.4.2.	Appréhensions masculines concernant la sexualité pendant la grossesse .....	27
2.4.	Les moyens d'informations avant la grossesse .....	29
2.4.1.	Discussion avec l'entourage.....	29
2.4.2.	Recherches personnelles effectuées avant la grossesse .....	30
2.4.3.	Influence du désir de grossesse sur les renseignements récoltés .....	30
2.4.3.1.	Influence du désir de grossesse dans les discussions avec l'entourage avant la grossesse... 30	
2.4.3.2.	Influence du désir de grossesse sur les recherches personnelles effectuées .....	31
2.4.4.	Influence des recherches personnelles sur les modifications attendues pendant la grossesse .....	32
2.4.4.1.	Influence des discussions sur l'attente de modifications de la sexualité pendant la grossesse 32	
2.4.4.2.	Influence des recherches sur l'attente de modifications sexuelles pendant la grossesse .....	33
2.5.	Les modifications de la sexualité rencontrés pendant la grossesse.....	34
2.5.1.	État de la grossesse .....	34
2.5.2.	Modifications de la sexualité rencontrées pendant la grossesse .....	34
2.5.3.	Modifications de fréquence des rapports pendant la grossesse.....	36
2.5.3.1.	Étiologies de la diminution de la fréquence des rapports sexuels .....	38
2.5.3.2.	Étiologies de l'arrêt des rapports sexuels.....	39
2.5.3.3.	Étiologies de l'augmentation de la fréquence des rapports.....	39
2.5.4.	Modifications des habitudes sexuelles pendant la grossesse .....	40
2.5.5.	Modifications vécues dans le couple .....	41
2.6.	Moyens d'informations utilisés pendant la grossesse. ....	42
2.6.1.	Moyens de recherches utilisés .....	42
2.6.2.	Informations données par un professionnel de santé .....	44
2.6.3.	Corrélation de l'état gravidique avec la demande ou la recherche d'informations.....	45
2.6.3.1.	État de la grossesse de grossesse et influence sur la demande auprès d'un professionnel ... 45	
2.6.3.2.	Etat de la grossesse et influence sur les recherches personnelles.....	46
2.7.	Les attentes des patientes concernant l'information sur la sexualité pendant la grossesse .....	46
2.7.1.	Estimation de l'état d'information pendant la grossesse.....	46
2.7.2.	Estimation du temps d'écoute .....	47
2.7.3.	Comment le sujet de la sexualité devrait-il être apporté ? .....	47
2.8.	Identification de populations cibles.....	49
2.8.1.	Influence de l'âge sur la recherche d'informations sur la sexualité pendant la grossesse .....	49
2.8.2.	Influence des pathologies préexistantes à la grossesse .....	49
2.8.3.	Influence des pathologies gravidiques.....	50
2.8.4.	Influence du recours à la PMA .....	50

## **PARTIE III..... 51**

<b>1.</b>	<b>Discussion de l'étude effectuée.....</b>	<b>52</b>
1.1.	Matériel et méthode.....	52
1.2.	Les questionnaires .....	53

<b>2.</b>	<b>Résultats de l'étude .....</b>	<b>54</b>
2.1.	Les biais .....	54
2.2.	Les hypothèses .....	55
2.3.	Identification des populations cibles .....	57
2.4.	Les conjoints .....	57
<b>3.</b>	<b>Propositions d'amélioration des moyens d'informations .....</b>	<b>58</b>
3.1.	Les moyens d'informations à visée collective .....	58
3.1.1.	Les sites Internet .....	58
3.1.2.	Distribution de brochures d'informations .....	59
3.1.3.	Création d'affiches dans les salles d'attentes .....	59
3.1.4.	Les cours de PNP .....	59
3.2.	Les moyens individuels .....	60
3.2.1.	Le suivi prénatal mensuel .....	60
3.2.2.	Suivi sage-femme à domicile .....	60
3.2.3.	Entretien du 4 <sup>ème</sup> mois .....	61
3.3.	La formation des professionnels de santé .....	61
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>62</b>
	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>63</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>65</b>
	<b>ANNEXES .....</b>	<b>67</b>
	ANNEXE I : Questionnaire .....	68
	ANNEXE II : Information de distribution du questionnaire .....	74
	ANNEXE III : Proposition de brochures d'information .....	75
	ANNEXE IV : Proposition d'affiche .....	76

## LISTE DES ABBREVIATIONS

FIV : Fécondation In Vitro  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCG : Human Chorionic Gonadotrophin  
ICSI : Injection intra-cytoplasmatique  
IMC : Indice de Masse Corporelle  
IMG : Interruption Médicale de Grossesse  
ITG : Interruption Thérapeutique de grossesse  
PMA : Procréation Médicalement Assistée  
PMI : Protection Maternelle et Infantile  
PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité  
SA : Semaines d'Aménorrhée

# INTRODUCTION

Depuis l'émancipation de la femme dans la société moderne, la place de l'information qui lui est délivrée ne cesse de s'accroître à leur demande. De plus, l'apparition d'Internet et la création de sites soit disant médicaux a pris une grande ampleur dans l'information des patientes au détriment de l'information médicale. Depuis les années 1960 et les travaux de Masters et Johnson aux Etats-Unis, le thème de la sexualité pendant la grossesse est encore aujourd'hui empreint de nombreux tabous et l'information délivrée sur ce thème quasi inexistante alors que la relation intime est à l'origine même de la grossesse.

L'étude du thème de la sexualité pendant la grossesse ainsi que l'information qui lui est dédiée peut relever de notre activité de sage-femme, premières interlocutrices des femmes enceintes. En effet, nous sommes confrontés directement à l'intimité des couples et sommes présentes dans des moments uniques de leur vie que sont la grossesse et l'accouchement. Il est donc primordial que nous puissions répondre aux questions élémentaires que peuvent se poser les couples concernant la sexualité pendant la grossesse.

Pour ce faire, après avoir fait un rappel des différentes modifications physiques, hormonales mais également psychologiques survenant lors de la grossesse, nous aborderons précisément la sexualité lors de cette étape particulière de la vie du couple. Ensuite, pour mieux sonder le besoin d'information des primipares concernant la sexualité pendant la grossesse, nous avons réalisé une enquête auprès de patientes dans différents cabinets de sages-femmes libérales de l'Ain. La profession de sage-femme ayant une grande dimension d'écoute et d'accompagnement de la patiente, il était important nous intéresser à ce sujet sensible aussi bien pour les professionnels que pour les patientes. Nous terminerons par la discussion de nos résultats et évoqueront des pistes de réflexions permettant d'apporter à ces patientes, ces couples l'information qui leur sera la plus adaptée.

# **PARTIE I**

# **1. Les modifications hormonales et anatomiques gravidiques**

La grossesse induit de nombreuses modifications anatomiques et endocriniennes au sein de l'organisme maternel.

Les modifications physiques et hormonales traitées dans cette partie ne sont pas exhaustives. Il nous semblait plus approprié de décrire celles qui pouvaient avoir une influence sur la sexualité pendant la grossesse.

## **1.1. Les modifications hormonales**

La période gestationnelle induit de nombreux changements hormonaux qui interfèrent dans les modifications corporelles et émotionnelles gravidiques. La connaissance de ces hormones et de leurs effets peut aider à mieux comprendre le vécu de la grossesse.

### **1.1.1. La $\beta$ HCG (Hormone Gonadotrophique Chorionique)**

La  $\beta$ HCG est l'hormone du début de la grossesse. Synthétisée par le placenta dès le début du premier trimestre, elle permet le diagnostic de l'implantation embryonnaire ainsi que l'estimation de l'âge gestationnel en fonction de son taux.

Son mécanisme d'action joue sur le maintien du corps jaune indispensable à la production de progestérone. Ce taux élevé de progestérone permet le blocage des menstruations qui évacueraient la muqueuse endométriale et l'embryon qu'elle contient.

(1)(2)(3)

### **1.1.2. La progestérone**

Elle fonctionne de pair avec les œstrogènes. Ensemble, ils permettent de préparer les seins au phénomène de lactation et bloquent la production d'hormones hypophysaires qui pourraient entraîner l'ovulation et les menstruations.

Elle a pour rôle spécifique de créer un état de calme utérin en s'opposant naturellement aux hormones de la contraction et en favorisant l'action des hormones relaxantes.

La fin de la grossesse entraîne une baisse de la production de progestérone, indispensable à l'état de préparation utérine nécessaire au travail et à l'accouchement.

Elle est souvent retrouvée dans les problèmes de désir chez les femmes car un taux trop élevé de progestérone induit souvent une baisse de la libido.

### **1.1.3. Les œstrogènes**

Le taux d'œstrogènes augmente tout au long de la grossesse. Ils participent au maintien de celle-ci et au développement fœtal.

De plus, ils contribuent au métabolisme des catécholamines qui régulent les émotions.

Les œstrogènes sont souvent décrits comme l'hormone féminine du bien-être.

Leur taux se voit abaissé en début de grossesse par rapport à celui de la progestérone à cause de la sécrétion hormonale plus importante du corps jaune.

#### 1.1.4. La prolactine

La prolactine est synthétisée par l'antéhypophyse à fortes doses en fin de grossesse. Elle participe aux modifications mammaires indispensables à la préparation de la glande au phénomène de lactation.

Elle a aussi un rôle dans la diminution de la libido pendant la maternité.

### 1.2. Les modifications anatomiques

#### 1.2.1. L'abdomen

L'augmentation du volume de l'utérus est la principale modification abdominale gravidique. Nous pouvons l'assimiler au « symbole » de la grossesse car c'est la principale caractéristique grâce à laquelle une femme enceinte est reconnue. Cette augmentation est non seulement due à la croissance du fœtus mais aussi à l'augmentation de la capacité volumique et sanguine de l'utérus. Ce volume abdominal commence à être visible au début du deuxième trimestre de la grossesse (environ au 4ème ou 5ème mois).

En augmentant de volume, l'utérus repousse les muscles de la paroi abdominale entraînant ainsi une laxité musculaire et l'écartement des muscles abdominaux grands droits. Leur tonicité et leur place seront retrouvées dans le post-partum avec une rééducation abdominale adaptée.

La croissance de l'utérus est souvent la principale cause de la modification de l'image corporelle pendant la grossesse. (1)

#### 1.2.2. Les seins

Les modifications mammaires gravidiques se manifestent dès le début de la grossesse (à partir du premier trimestre).

Elles sont visibles rapidement et entraînent souvent des altérations de l'image maternelle. Les seins se préparent déjà au phénomène de lactation notamment en augmentant de volume sous l'effet des hormones, permettant ainsi le développement des réseaux vasculaires et glandulaires.

Parmi les manifestations les plus fréquentes, nous pouvons noter l'apparition du réseau de Haller (réseau veineux superficiel sous cutané), une pesanteur et une tension mammaire dues à l'augmentation volumique des seins, une hyperpigmentation de l'aréole et une hypertrophie des diverticules de Montgomery.

À partir du deuxième trimestre, une production et une éjection de colostrum peuvent avoir lieu. (1)

#### 1.2.3. La peau et les phanères

La grossesse peut induire des modifications cutanées, des muqueuses ainsi que des phanères. Elles sont dues au climat œstroprogestatif particulier qui règne pendant la période gestationnelle.

(2)(4)

### 1.2.3.1. Les modifications cutanées

Le phénomène d'hyperpigmentation résulte d'une coloration physiologique de certaines zones anatomiques particulières comme les aréoles mammaires, la ligne médiane ombilicale (linéa négra), la zone génito-anale voir les creux axillaires. Il touche la majeure partie des parturientes. Cette pigmentation disparaît progressivement après l'accouchement.

Il peut aussi apparaître une nappe plus pigmentée à bords irréguliers et symétriques affectant le front, les joues et la zone péri-buccale. On appelle ce phénomène le masque de grossesse (mélasma ou chloasma). Il apparaît plus fréquemment chez les patientes à peaux mates et en période ensoleillée. Le chloasma est non seulement dû à une hyper-pigmentation mais aussi à une photosensibilité accrue de la mélanine. Il s'atténue dans les 6 à 18 mois suivant l'accouchement.

Les naevus (ou grains de beauté) peuvent augmenter de taille ou changer de couleur à cause de leur sensibilité à la progestérone et aux œstrogènes.

Les modifications vasculaires se manifestent généralement sur la peau pendant la grossesse. Elles sont dues au climat œstrogénique prédominant qui entraîne une vasodilatation de la microcirculation cutanée. Ces modifications se manifestent surtout par l'érythème palmaire (qui touche 30 à 60% des parturientes) et les angiomes stellaires. Ces deux phénomènes régressent généralement spontanément après la grossesse.

Les varices peuvent aussi apparaître surtout au niveau des membres inférieurs. Elles sont non seulement dues à une modification vasculaire mais aussi à une augmentation du débit sanguin pendant la gestation. Associé à un mauvais retour veineux des membres inférieurs (la veine cave est comprimée par l'utérus gravide), les varices commencent à se manifester.

Les œdèmes cutanés sont fréquemment présents au cours de la grossesse. Ils sont le résultat d'une rétention hydrique maternelle expliquée par l'augmentation de la perméabilité capillaire.

Les vergetures apparaissent dans la plupart des cas au 3ème trimestre. Elles touchent 60 à 80% des femmes enceintes. Elles sont généralement localisées au niveau de l'abdomen et quelques fois sur les cuisses, les hanches et les fesses. Elles sont la conséquence de la baisse d'élasticité des fibres de collagène associée à une surdistension cutanée. Elles apparaissent généralement roses ou violacées et blanchissent en cicatrisant.

### 1.2.3.2. Les modifications des phanères

Nous observons généralement pendant la grossesse une phase de croissance capillaire. Cette tendance s'inverse en post-partum car il existe une chute des cheveux entre le premier et le cinquième mois après l'accouchement.

Il peut aussi prédominer une hyperpilosité gestationnelle résultant du climat hormonal œstroprogestatif particulier.

### 1.2.3.3. L'activité des glandes sudoripares et sébacées

La température du corps étant plus élevée en période gestationnelle du fait de l'augmentation du débit sanguin, l'activité des glandes sudoripares est accrue.

Les glandes sébacées subissent aussi les effets de l'équilibre hormonal : elles secrètent plus de sébum et participent à l'apparition d'acné pendant la période gestationnelle.

### 1.2.4. La prise de poids

La prise de poids gravidique est souvent un élément problématique dans le suivi des parturientes car difficile à gérer.

Pendant la grossesse, il est toléré une augmentation pondérale de 9 à 12kg. C'est un phénomène physiologique de la grossesse car il résulte de plusieurs facteurs notamment l'augmentation de la volémie maternelle, du poids du fœtus, du liquide amniotique et du placenta.

Cette prise pondérale est généralement mal vécue par les patientes qui redoutent « l'épreuve de la balance ».

Il est difficile d'établir un schéma constant de la prise de poids des parturientes car cette évolution pondérale est généralement fluctuante au 1er trimestre, plus importante au cours du 2ème trimestre et se stabilise au dernier trimestre avec une prise de poids de 1 à 2 kg par mois.

### 1.2.5. Le pelvis

Le pelvis ou petit bassin est la zone anatomique qui soutient le poids de l'utérus et du fœtus. Les muscles qui le composent sont donc fortement sollicités pendant la période gestationnelle. L'augmentation de la vascularisation des viscères pelviens entraîne une vasocongestion du pelvis favorisée par la diminution du retour veineux.

Le réseau veineux périvaginal est lui aussi congestionné et provoque une augmentation des pertes vaginales, généralement plus liquidiennes : elles sont souvent confondues avec le liquide amniotique et sont le motif de nombreuses consultations.

De plus, l'imprégnation hormonale œstroprogestative favorise l'hyperlaxité ligamentaire et l'hypertrophie des tissus vaginaux et vulvaires.

Ces phénomènes impliquent donc de nouvelles sensations au niveau du bassin, notamment au cours des rapports intimes.

(1)(9)

### 1.2.6. Les « maux » de la grossesse

La grossesse peut entraîner plusieurs troubles mal vécus par les patientes. Ce sont des manifestations physiques de l'état gravidique qui peuvent affecter l'état général des patientes.

(5)

#### 1.2.6.1. Les troubles gastro-intestinaux

Les nausées ou vomissements gravidiques sont des symptômes somatiques fréquemment rencontrés lors des grossesses. Ils sont vécus par 70 à 80% des femmes à des degrés différents.

Les nausées peuvent être déclenchées par une odeur particulière ou après l'ingestion d'aliments. Elles sont dues à l'augmentation du taux des hormones de grossesse ( $\beta$ HCG, progestérone). Elles sont très fréquentes au premier trimestre et peuvent apparaître vers la 4<sup>ème</sup> SA. Elles disparaissent généralement vers 16 SA mais elles peuvent quelquefois persister jusqu'à l'accouchement.

Le reflux gastro-œsophagien est présent chez 2/3 des patientes. Il est provoqué par la compression de l'estomac par l'utérus gravide du troisième trimestre. Les sphincters de l'estomac ont du mal à retenir le chyme : celui-ci remonte donc dans l'œsophage provoquant des brûlures.

La constipation gravidique est souvent le motif des plaintes pendant les consultations de suivi de grossesse. Elle est non seulement due à une diminution du péristaltisme intestinal mais aussi à un refoulement des viscères intestinaux par l'utérus.

### 1.2.6.2. Les douleurs dorsales

Les douleurs dorsales pendant la grossesse sont appelées « syndrome douloureux pelvien gravidique ». Il est présent chez 50% des parturientes. Les étiologies sont multiples. Nous retrouvons notamment l'augmentation des taux d'œstrogènes et de relaxine qui entraînent un relâchement ligamentaire. Les carences en Magnésium et l'augmentation du volume utérin associé à l'accentuation de la lordose lombaire favorisent les douleurs.

Celles-ci sont de type chronique et peu de moyens permettent de les soulager totalement. Elles peuvent affecter l'épanouissement de la patiente lors de sa grossesse et perturber son vécu.

## **2. Les remaniements psychiques et psychologiques**

La période de la gestation se définit comme une véritable crise identitaire psychologique.

En plus des modifications corporelles, viennent se greffer des bouleversements psychiques qui sont susceptibles d'interagir encore plus avec le vécu de la grossesse et de sa sexualité.

Cette partie traite donc des phénomènes psychiques rencontrés pendant la période gestationnelle.

(3)(6)(10)(11)

### **2.1. Les phénomènes psychiques**

#### **2.1.1. L'attachement**

Suite aux travaux de Bowlby, le phénomène de l'attachement se définit comme un comportement instinctif de la part de la mère envers son enfant à naître. Il résulte du contact entre la mère et son fœtus. Les communications peuvent être physiques. En effet, le fœtus, par ses mouvements peut répondre à une stimulation maternelle : c'est le début de la communication.

### 2.1.2. La transparence psychique

Pour définir ce concept, nous reprendrons la définition de Monique Brydolwsky : « La grossesse est le moment d'un état psychique particulier, un état de susceptibilité et de transparence psychiques ou les fragments de l'inconscient reviennent à la conscience ». Les barrières du conscient et de l'inconscient s'abaissent et deviennent perméables aux « remontées inconscientes ».

Ces dernières concernent généralement des ressentis, des angoisses propres à l'enfance de la parturiente, ainsi que ses interrogations sur l'enfant à venir.

### 2.1.3. Le rapport à la mère

La grossesse permet à une femme de s'identifier à sa mère. La période de changements radicaux que constitue la période gestationnelle nécessite pour elle de pouvoir s'identifier à un modèle connu. Néanmoins, il est aussi important pour elle de s'affirmer comme la propre mère de son enfant et la femme de son conjoint : l'enfant à naître ne doit donc pas être confondu avec celui de son père (reliquat du complexe d'œdipe décrit par Freud).

La grossesse est donc une période ultime de la vie où le rapport et la comparaison à la mère sont constamment présents.

Ces mères peuvent être aimantes et dévouées. Leur quelquefois trop grande implication dans la grossesse de leur fille peut être vécue par ces dernières comme une intrusion dans leur intimité. Certaines patientes parlent d'« étouffement », comme à l'adolescence. Inconsciemment, ces mères veulent avoir la totale maîtrise de l'environnement de leur fille et de leur petit-enfant à naître. Elles transmettent l'image d'une maternité heureuse qui peut différer du vécu de la patiente à un moment de la grossesse.

Les mères peuvent aussi s'imposer en tant que rivales. En effet, ces dernières gardent leur distance car les conflits sont nombreux et favorisent l'éloignement des deux femmes. Paradoxalement, la femme enceinte souffre de cet éloignement car sa maternité lui rappelle celle de sa mère.

De façon générale, la grossesse est pour la femme un moyen de s'émanciper de l'influence maternelle. C'est elle qui fonde sa famille et qui prend ses propres décisions.

### 2.1.4. L'enfant imaginaire

Se représenter l'enfant à venir relève à part entière des phénomènes psychiques. Il est nécessaire à l'acceptation de la grossesse.

L'imaginaire vis-à-vis de l'enfant est une façon pour la mère et le couple de se projeter comme parents d'un être à part entière. Imaginer cet enfant est autant physique (Quelle taille fera-t-il?, de quelle couleur seront ses cheveux?, à qui ressemblera-t-il?) que mentale (Aura-il bon caractère? Sera-t-il- aussi turbulent que dans mon ventre?).

### 2.1.5. L'image corporelle

L'image corporelle maternelle est altérée par les modifications physiques qui touchent l'organisme féminin. Ainsi une femme enceinte peut ne plus reconnaître son corps pendant la grossesse. Ce phénomène peut altérer celui de l'attachement vis-à-vis de son enfant. De plus, le corps maternel peut être vu par la femme comme un « incubateur » pour son bébé. Elle est obligée de partager son corps pour que son enfant grandisse convenablement. Ce phénomène paradoxal peut être source de culpabilité pour la mère.

## 2.2. **Le vécu des différents trimestres**

Le premier trimestre est la période d'acceptation de la grossesse, d'autant plus difficile que celle-ci n'est pas encore visible et que les mouvements fœtaux ne se font pas ressentir. Il semblerait que cela reste une notion bien abstraite malgré les changements hormonaux, somatiques et corporels que la grossesse implique.

Paradoxalement, le fait d'être enceinte confirme à la patiente sa capacité en tant que femme à procréer vis à vis de la société.

Le premier trimestre est donc une période charnière d'adaptation à une grossesse qui ne se manifeste que par des troubles somatiques.

Le deuxième trimestre est généralement mieux vécu. En effet, la réalisation psychique de l'enfant à venir grâce aux premiers mouvements ressentis inclue enfin la patiente dans la réalité de la grossesse. Le taux d'hormones gravidiques se stabilise et les phénomènes somatiques dérangeants du premier trimestre ne se font plus ressentir.

L'arrondissement discret du ventre devient une source de beauté : les patientes se trouvent belles et désirables.

La femme enceinte ressent ce phénomène de complétude : son corps et celui de son enfant ne font qu'un.

Le troisième trimestre et ses changements physiques plus importants orientent la patiente vers une émancipation psychique de son corps vis-à-vis de celui de son enfant. La femme se prépare progressivement au moment de l'accouchement qui séparera physiquement l'organisme maternel et l'organisme fœtal.

Le poids fœtal, ne cessant de croître, augmente l'inconfort maternel : la mère a hâte que la grossesse se termine afin de rencontrer son enfant et de faire disparaître cette gêne.

Le troisième trimestre engendre aussi la peur et l'anxiété liée à l'accouchement. Les craintes qui en découlent sont liées à l'altération du corps lors du passage du mobile fœtal dans le bassin, et à la rencontre de l'enfant réel, qui pourrait être différent de l'enfant qu'elle a imaginé pendant neuf mois.

### **3. La sexualité pendant la grossesse**

Nous pourrions définir la sexualité comme l'ensemble des comportements qui assurent la dimension sexuelle dans la relation à l'autre. Ces comportements sont dictés par la libido, le désir, l'érotisme et la sensualité qui permettent l'acte sexuel, incluant le plaisir que celui-ci engendre.

(3)

#### **3.1. Les hormones**

Les hormones impliquées dans la sexualité sont sécrétées par les glandes surrénales dans les deux sexes, par les testicules chez l'homme et les ovaires chez la femme. Ils vont fonctionner sur les organes responsables du désir : le thalamus et l'hypothalamus.

Le thalamus est la partie du cerveau où naissent les émotions. Il traduit aussi le désir sexuel à la conscience : les phéromones sont sécrétées afin de transmettre au partenaire le message du désir qu'ils transportent.

De plus, l'hypothalamus se met à sécréter plusieurs hormones :

- La dopamine. C'est la molécule responsable des réactions cutanées en réponse à une montée de désir comme la moiteur palmaire et l'érythème cutané.
- L'adrénaline. Elle augmente la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire et favorise la vasodilatation.
- L'ocytocine. Elle est libérée lors de l'orgasme. Présente en grande quantité chez la parturiente en fin de grossesse, elle peut provoquer des contractions utérines.

Les endorphines sont les hormones à ne pas oublier quand il est question de sexualité. Elles permettent aux partenaires de ressentir l'euphorie et la plénitude de l'acte amoureux.

(3)

#### **3.2. Physiologie de l'acte sexuel et impacts anatomiques**

##### **3.2.1. La phase d'excitation**

Tout d'abord, nous allons décrire la phase d'excitation. Elle peut être induite par une stimulation sexuelle directe ou psychogène. Les organes sexuels subissent alors des modifications.

En ce qui concerne le vagin, il existe tout d'abord un phénomène de transsudation, c'est à dire une lubrification rapide des parois vaginales, par vasodilatation du réseau veineux péri-vaginal. La cavité vaginale se dilate aussi sur ses 2/3 supérieurs et s'allonge en profondeur.

Les modifications des organes génitaux externes sont multiples. Il existe un amincissement des grandes lèvres et une congestion des petites lèvres qui changent de couleur quand la tension sexuelle augmente. Le clitoris augmente de volume (on parle d'« érection clitoridienne »). Les glandes de Bartholin augmentent leurs sécrétions.

Les muscles périnéaux se contractent (surtout le faisceau ano-coccygien des muscles releveurs de l'anus).

Les seins subissent aussi des modifications anatomiques. Le volume mammaire augmente et une érection mamelonnaire peut être observée.

### 3.2.2. La phase en plateau

Les phénomènes décrits pendant la phase d'excitation s'intensifient afin de participer à l'augmentation du plaisir.

### 3.2.3. L'orgasme

La sensation de l'orgasme est souvent décrite comme un instant où la sensibilité disparaît, suivi par un retour à l'instant présent et la sensualité du moment. Le point de départ de cette sensation est clitoridien, elle inonde ensuite le petit bassin puis tout le corps. Anatomiquement, l'orgasme ressemble à une contracture générale du corps, suivi d'un relâchement progressif de la musculature.

Au niveau vaginal, l'orgasme se caractérise par des contractions spasmodiques de quelques secondes, suivies par des contractions régulières des muscles vaginaux. L'utérus se contracte et s'associe à une béance cervicale.

### 3.2.4. La phase de résolution

Pendant la phase de résolution, la vasoconstriction vaginale s'estompe, la dilatation et l'allongement vaginal s'effacent et les rides réapparaissent.

Le clitoris aussi subit un relâchement rapide.

(1)(13)

## **3.3. Évolution de la sexualité pendant la grossesse**

Trois critères sont essentiels à définir à chaque trimestre pour décrire la sexualité pendant la grossesse :

- Le désir. Il est synonyme de libido, d'envie, d'intérêt sexuel vis-à-vis de son partenaire. C'est une notion abstraite car chacune des patientes se fait sa propre définition du désir. Il contribue au bon vécu de la grossesse.
- La fréquence des rapports.
- La satisfaction sexuelle engendrée. C'est un sentiment de bien-être et d'accomplissement. Pour mesurer la satisfaction sexuelle, on pourrait utiliser l'orgasme, mais ce phénomène est aussi difficile à exprimer par les patientes.

(3)(11)(14)

La sexualité, et d'autant plus la sexualité pendant la grossesse, est vécue de manière complètement différente d'un individu à l'autre. En effet, trop de facteurs physiques et psychologiques rentrent en compte pour établir un schéma général applicable à l'ensemble d'une population.

La partie suivante va décrire les phénomènes qui peuvent altérer la sexualité pendant la période gestationnelle. Nous avons choisi de les détailler trimestre par trimestre.

### 3.3.1. Le premier trimestre

Le premier trimestre de la grossesse marque la sexualité par un grand nombre de craintes. Nous rappelons 7 facteurs qui influencent la grossesse :

- Le facteur hormonal. En effet, les modifications hormonales qui s'installent pendant la grossesse entraînent des modifications physiques et des troubles somatiques (nausées, vomissements, asthénie) que nous évoquions précédemment.
- Le facteur psychologique. En effet, les rapports sexuels et le sexe masculin peuvent être vus comme des « agresseurs » pouvant léser l'embryon ou empêcher sa nidation. Au cours de l'orgasme, les contractions utérines, parfois douloureuses, peuvent être interprétées comme une cause « d'étouffement » du fœtus.
- La relation à la famille : l'acceptation familiale de la grossesse va jouer sur l'entente conjugale. Ces répercussions se font directement ressentir sur la sexualité.
- La relation au conjoint. L'attitude de celui-ci peut être soit favorable, soit délétère pour sa partenaire. Plus le partenaire acceptera la grossesse et soutiendra sa compagne, plus la patiente sera rassurée sur l'amour qu'il lui porte, et moins la communication sera rompue dans le couple.
- Le facteur religieux. En effet, les religions peuvent influencer la sexualité car certaines d'entre elles excluent le plaisir féminin et n'octroient à la sexualité que le seul but de la procréation.
- Le facteur culturel. Les significations et les mythes relatifs à chaque ethnie diffèrent et ont des influences variables sur la sexualité.
- L'éducation des patientes et de leur conjoint. Il a été démontré que ce sont les femmes à scolarité moyenne qui présentent le moins de changements sexuels pendant la grossesse. Les femmes dites « universitaires », qui ont reçu une information médicale trop alarmiste, et les femmes qui n'ont pas de diplômes, qui se réfèrent aux mythes de la grossesse et de la sexualité auxquelles elles adhèrent, connaissent par contre plus de modifications de leur sexualité pendant la grossesse.
- Le corps médical. Il existe toujours un certain tabou du professionnel de santé et de sa patiente à évoquer le thème de la sexualité. Cette abstinence peut être interprétée comme une contre-indication aux rapports.

Toutes ces modifications peuvent amener vers une diminution de l'érotisme et provoquer la baisse de la fréquence des rapports.

### 3.3.2. Le deuxième trimestre

Généralement, le deuxième trimestre marque un regain de désir.

En effet, le taux de progestérone prend le dessus sur celui des œstrogènes dans l'équilibre hormonal. Elle apporte donc avec elle un bien-être psychologique qui participe à l'augmentation de la libido.

L'événement fœtal qui intervient pendant le deuxième trimestre de grossesse est la perception des mouvements actifs fœtaux par la mère. Le bébé devient donc une réalité et une victoire pour la femme et pour le couple.

Le corps se transforme et le psychisme suit : la femme exhibe ses rondeurs, se trouve belle et plus sensuelle.

La transformation du corps plus franche est concomitante à la confirmation de la femme enceinte en tant que tel (écharpes autour du ventre...). Cette confirmation peut être interprétée comme une déclaration d'amour à son conjoint, une affirmation de maturité vis-à-vis de sa mère et une participation à la vie en société en donnant la vie.

### 3.3.3. Le troisième trimestre

Au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre, la progestérone continue son action de relâchement du tractus génital, indispensable au passage de l'enfant dans le bassin, et présente de nombreux désagréments : les sensations dans le pelvis sont différentes.

De plus, l'utérus prend de plus en plus de place, les seins sont de plus en plus volumineux, les modifications cutanées se font remarquer et les « maux » induits par l'état gravidique sont de plus en plus importants. L'état général est altéré par cet inconfort et la libido diminue.

Au milieu de toutes ses modifications, l'image corporelle de la femme est altérée : ce n'est plus seulement son corps mais aussi celui de son bébé.

La question de l'attrance de son conjoint par rapport à ses modifications corporelles se fait ressentir. La femme a peur de se sentir dépossédée de sa féminité au profit de sa progéniture, car, tout se centre autour de son ventre et sur l'enfant à venir et non plus autour d'elle.

Les craintes vis-à-vis du rapport sexuel sont des idées mythiques centrées sur le bébé. Les plus récurrentes sont que les rapports font mal à l'enfant, qu'ils provoquent l'accouchement ou enfin que le bébé se souvient du coût de ses parents et que cela pourrait « le traumatiser ».

Le troisième trimestre de la grossesse est aussi marqué par la hâte de rencontrer le bébé. La parturiente anticipe et se projette dans l'état de maternité dans lequel elle va bientôt entrer, alors que son partenaire continue à vivre le présent. Il existe donc un décalage psychique dans le couple qui peut influencer la vie amoureuse.

# **PARTIE II**

## **1. Présentation de l'étude**

### **1.1. But de l'étude**

Le but de notre étude était de faire un état des lieux de l'information donnée aux primipares sur la sexualité pendant la grossesse. L'étude a donc analysé :

- Leurs attentes concernant les possibles modifications de leur sexualité avant la grossesse,
- Leur degré d'information et les changements vécus pendant la grossesse,
- Les informations qui leur ont été données ou non sur le sujet.

### **1.2. Moyens employés**

Nous avons réalisé une enquête prospective dans différents cabinets de sages-femmes libérales dans l'Ain sous la forme d'un questionnaire.

#### **1.2.1. Les questionnaires**

Les questionnaires (ANNEXE I) comportaient 23 questions à choix multiples. Ces questions étaient réparties en différentes catégories :

- Les renseignements généraux.
- Les antécédents gynécologiques et obstétricaux.
- Les attentes sur la sexualité pendant la grossesse avant celle-ci.
- Leurs moyens d'informations avant la grossesse.
- Les différences de sexualité rencontrés pendant la grossesse.
- Leurs moyens d'informations pendant la grossesse.
- Leurs attentes sur l'information donnée sur la sexualité pendant la grossesse.

#### **1.2.2. La distribution**

La distribution du questionnaire a eu lieu dans différents cabinets de sages-femmes libérales de l'Ain. Le questionnaire a été diffusé pendant les cours de PNP ou les consultations de suivi de grossesse chez des primipares au dernier trimestre de la grossesse.

Nous nous sommes donc déplacés en personne dans ces différents cabinets pour présenter notre étude aux sages-femmes et pour expliquer le protocole.

Le questionnaire a été donné aux patientes avec une fiche d'information qui nous a permis de nous présenter à celles-ci et de les rassurer sur le respect de l'anonymat de leurs réponses.

Néanmoins, au début de l'étude, nous voulions réaliser des entretiens en parallèle des questionnaires, c'est pour cela que nous avons aussi demandé les coordonnées des patientes qui acceptaient de nous rencontrer pour participer à ces entretiens.

Finalement, nous avons préféré nous concentrer uniquement sur les questionnaires.

La distribution des questionnaires a eu lieu entre le 20/11/2015 et le 30/01/2016.

Nous avons récupéré 28 questionnaires en février 2016.

### 1.2.3. Méthode d'analyse

Le dépouillement et l'analyse des résultats ont été réalisés avec le logiciel Microsoft Excel®. Les questions étant à choix multiples, certaines patientes ont coché plusieurs réponses d'où un effectif répondant plus important pour certains items.

Les statistiques présentées dans cette partie sont donc parfois calculées à partir d'un nombre total de réponses (R variable selon les items) et non pas à partir du nombre total de patientes (N=28) ayant répondu.

## 2. Résultats et analyse

### 2.1. La population étudiée

#### 2.1.1. L'âge de la population

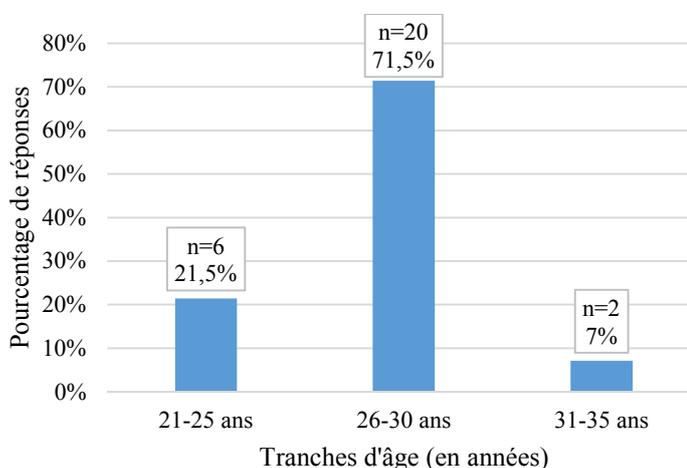


Diagramme 1 : Répartition de l'âge de la population (N=28)

La répartition de l'âge des patientes est représentée sur le diagramme ci-dessus.

Nous pouvons constater que la tranche d'âge 26-30 ans est la plus représentée avec 71,5% des patientes interrogées. La tranche d'âge de 21 à 25 ans et celle de 31 à 35 ans sont respectivement représentées à 21,5% et 7%.

Les tranches d'âges de moins de 20 ans et de plus de 35 ans ne sont pas représentées.

Il nous semblait important de demander l'âge des patientes primipares surtout pour connaître leurs attentes en matière d'information sur la sexualité pendant la grossesse aux « âges extrêmes ». Ces catégories étaient représentées dans notre étude par les patientes de 20 ans ou moins et celles de 35 ans et plus. En effet, nous pensions que leur degré d'information, leur vécu antérieur à la grossesse et leur désir d'informations différaient de celles des tranches d'âges plus courantes (voir ci-dessus).

Malheureusement, aucune patiente de l'étude n'entraîne dans une de ces catégories et l'analyse de leurs attentes est donc impossible.

### 2.1.2. Calcul de l'IMC de la population

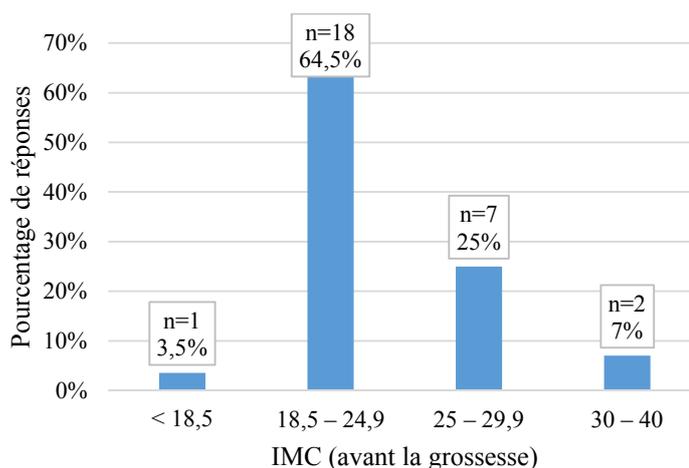


Diagramme 2 : Répartition de l'IMC de la population (N=28)

Le graphique ci-dessus indique la masse corporelle de la population interrogée. Pour réaliser le calcul de ce paramètre, nous avons utilisé la formule : poids(kg)/taille<sup>2</sup>(m).

L'IMC le plus représenté est celui considéré comme « normal » (entre 18,5 et 24,9) avec 64,5% des réponses obtenues. La deuxième catégorie de l'IMC représentée est celle du « surpoids » (entre 25 et 29,9) avec 25% des réponses obtenues. Puis les catégories de « l'obésité » (entre 30 et 40) et de « l'insuffisance pondérale » (<18,5) sont moins représentées avec respectivement 7 et 3,5%.

A l'origine, nous voulions connaître l'IMC des patientes pour pouvoir corrélérer cette mesure à la prise pondérale et aux modifications de l'image corporelle chez les primipares. Néanmoins, la prise pondérale n'a pas été répertoriée sur le questionnaire distribué. Ce paramètre ne sera donc pas plus développé.

### 2.1.3. Calcul du terme de la population

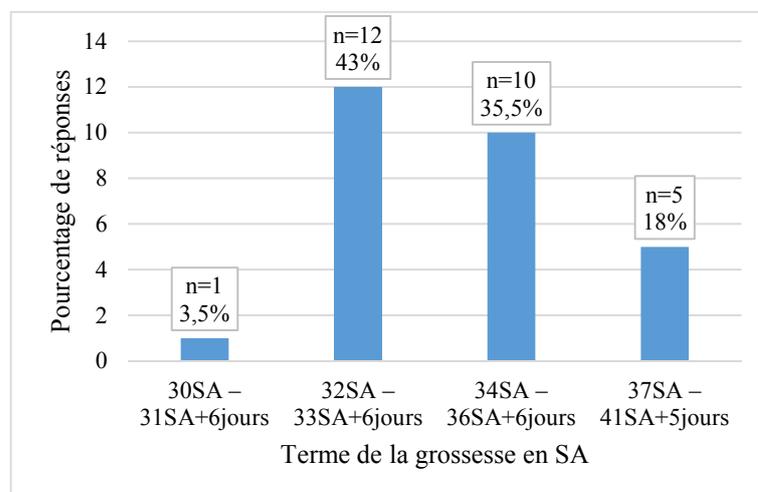


Diagramme 3 : Répartition du terme des parturientes (N=28)

Nous pouvons remarquer que le terme de la grossesse le plus représenté est celui de 32SA à 33SA+6jours. Il représente 43% des réponses. Ce terme correspond à la fin du 7ème mois et au début du 8ème mois de la grossesse.

Le terme 34 SA à 36SA +6 jours est également représenté à 35,5%. Il correspond à la deuxième partie du 8ème mois jusqu'à la fin de celui-ci.

Le terme 37SA à 41SA+5jours est représenté à 18%. Il correspond au 9ème mois de la grossesse.

Enfin le terme de 30SA à 31SA+6jours correspond à la période du milieu à la fin du 7ème mois : il représente 3.5% des réponses obtenues.

Nous pouvons donc conclure que la majorité des parturientes ayant répondu au questionnaire sont à un terme avancé dans la grossesse ce qui nous donne une meilleure vision des informations données et recueillies pendant toute celle-ci.

#### 2.1.4. Désir de grossesse

Nous avons observé dans les réponses obtenues sur l'ensemble de la population (N=28) que les grossesses des primipares interrogées sont programmées à 86% (n=24).

En posant cette question et au vu du grand nombre de grossesses désirées chez les primipares interrogées, nous pourrions imaginer que plusieurs d'entre elles auraient pu se renseigner sur la grossesse, notamment sur le vécu de la sexualité. Le désir de grossesse pourrait donc avoir une influence sur les informations recueillies par les femmes sur la sexualité pendant la grossesse.

## 2.2. Recherche des antécédents personnels

### 2.2.1. Recherche des antécédents généraux

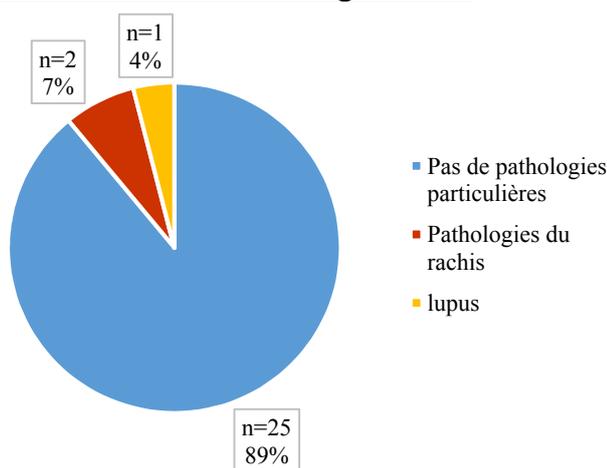


Figure 1 : Maladies chroniques particulières antérieures à la grossesse chez les patientes interrogées (N=28).

Nous pouvons remarquer que 89% des patientes interrogées n'ont pas de pathologies particulières.

En revanche, 7% des patientes révèlent avoir des problèmes de rachis donc potentiellement des douleurs dorsales ou lombaires pendant la grossesse. Ces dernières pourraient avoir des impacts sur la sexualité.

Une patiente de l'étude nous révèle être atteinte de lupus. C'est une maladie chronique et, bien que les manifestations de cette pathologie soient exacerbées pendant la grossesse, nous pouvons imaginer que les patientes ont déjà toutes les informations en leur possession concernant une possible grossesse et son vécu.

Nous verrons plus tard si la présence de pathologies préexistantes peut avoir une influence sur l'information recueillie par les patientes sur la sexualité pendant la grossesse.

### 2.2.2. Recherche des antécédents gynécologiques et obstétricaux

Les recherches des antécédents gynécologiques et obstétricaux pouvaient nous orienter sur une demande accrue d'information. En effet, les fausses couches spontanées à répétition et le recours à la PMA peuvent entraîner une plus grande anxiété gestationnelle et donc une plus grande demande d'informations.

Les questions portaient sur les antécédents de fausse couche spontanée, d'IVG, d'ITG et de recours à la PMA.

#### 2.2.2.1. Recours à la PMA

Nous pouvons remarquer que 7% (n=2) de la population totale étudiée (N=28) a bénéficié d'une prise en charge de PMA pour débiter leur grossesse. Parmi les méthodes utilisées, nous retrouvons l'insémination artificielle, la FIV et l'ICSI.

Le maximum de tentatives recensées parmi les patientes de l'étude était de 2.

Nous savons que le recours à la PMA et l'aboutissement d'une grossesse grâce à celle-ci rend le couple plus anxieux. En effet, certains professionnels parlent de « grossesse précieuse ». Nous verrons par la suite l'influence que le recours à la PMA peut avoir sur le besoin d'information concernant la sexualité pendant la grossesse.

#### 2.2.2.2. Antécédents d'IVG

En ce qui concerne l'IVG, 18% (n=5) des patientes interrogées (N=28) y ont déjà eu recours.

Sur ces 18%, nous avons aussi posé la question aux patientes de la date de cet ou ces IVG par rapport à la grossesse. Il en résulte que :

- 44% d'entre elles indiquent que l'IVG a eu lieu 5 ans avant la grossesse (r=3),
- 28% indiquent que l'IVG a eu lieu entre 2 et 5 ans avant la grossesse (r=2),
- 14% d'entre elles indiquent que l'IVG a eu lieu 1 à 2 ans avant la grossesse (r=1),
- 14% d'entre elles indiquent que l'IVG a eu lieu moins d'un an avant la grossesse (r=1).

Nous pourrions imaginer que le vécu d'une IVG pourrait avoir une répercussion sur le vécu de la grossesse et donc sur la sexualité pendant celle-ci.

### 2.2.2.3. Antécédents de fausse couche spontanée

Aucune des patientes interrogées n'a vécu de fausse couche spontanée précoce ou tardive. Ce paramètre ne sera donc pas plus approfondi dans la suite de notre travail.

### 2.2.2.4. Antécédents d'ITG

Aucune des patientes interrogées n'a vécu d'interruption thérapeutique de grossesse. Ce paramètre, tout comme celui des antécédents de fausse couche, ne sera pas non approfondi dans la suite de notre travail.

## 2.3. Les attentes sur la sexualité pendant la grossesse avant la période gestationnelle

### 2.3.1. Modifications attendues

Nous pouvons nous apercevoir que 89% (n=25) des patientes interrogées s'attendent à des modifications de la sexualité pendant la grossesse.

Les réponses obtenues de ces patientes ont été répertoriées sur la figure ci-dessous :

- 58% des réponses vont en faveur d'une modification des positions sexuelles habituelles (r=22).
- 42% des réponses s'attendent à une modification de la fréquence des rapports (r=16).

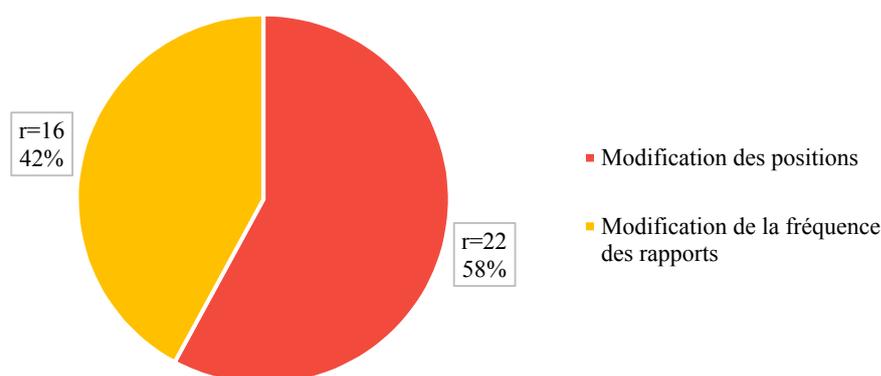


Figure 2 : Modifications attendues de la sexualité pendant la grossesse (R=38)

Seulement 11% (n=3) des patientes ne s'attendent pas à des modifications de la sexualité pendant la grossesse.

Ce paramètre sera à comparer ultérieurement avec celui des modifications vécues pendant la grossesse pour nous rendre compte des différences s'il y en a.

### 2.3.2. Modifications attendues concernant la fréquence des rapports

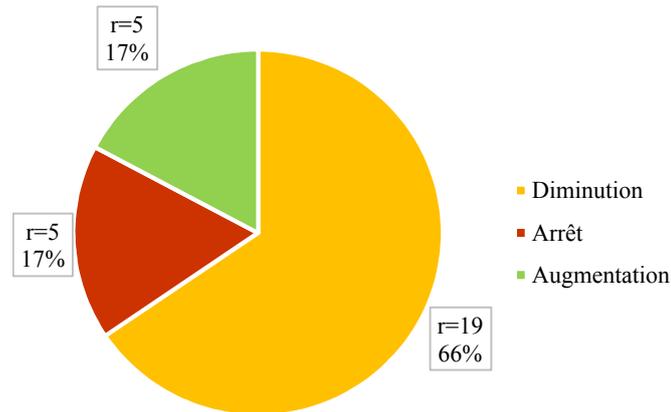


Figure 3 : Modifications de la fréquence des rapports attendues pendant la grossesse (R=29)

Nous avons comptabilisé 29 réponses à cette question parmi les patientes s'attendant à des modifications de la sexualité pendant la grossesse (voir figure 2). Certaines patientes ont coché plusieurs réponses à cette question.

La majorité des patientes qui s'attendent à une modification de la fréquence des rapports pensent à une diminution de leur fréquence (66%, r=19), 17% d'entre elles (r=5) s'attendent à un arrêt des relations et 17% (r=5) d'entre elles à une augmentation de la fréquence de ces dernières.

Ces modifications attendues seront aussi à comparer ultérieurement avec celles vécues pendant la grossesse.

### 2.3.3. Appréhensions

Il était important d'interroger les patientes sur leurs appréhensions concernant la sexualité pendant la grossesse. En effet, ces appréhensions sont souvent la manifestation d'idées reçues transportées par un grand nombre de personnes comme « les rapports sexuels sont la cause de malformations fœtales », « les rapports sexuels traumatisent le bébé » ou bien « les rapports sexuels entraînent un accouchement prématuré ».

Nous avons répertorié 30 réponses de la part des 28 patientes interrogées.

La majorité des patientes (57%, n=16) n'ont pas d'appréhensions particulières en ce qui concerne la sexualité pendant la grossesse avant celle-ci.

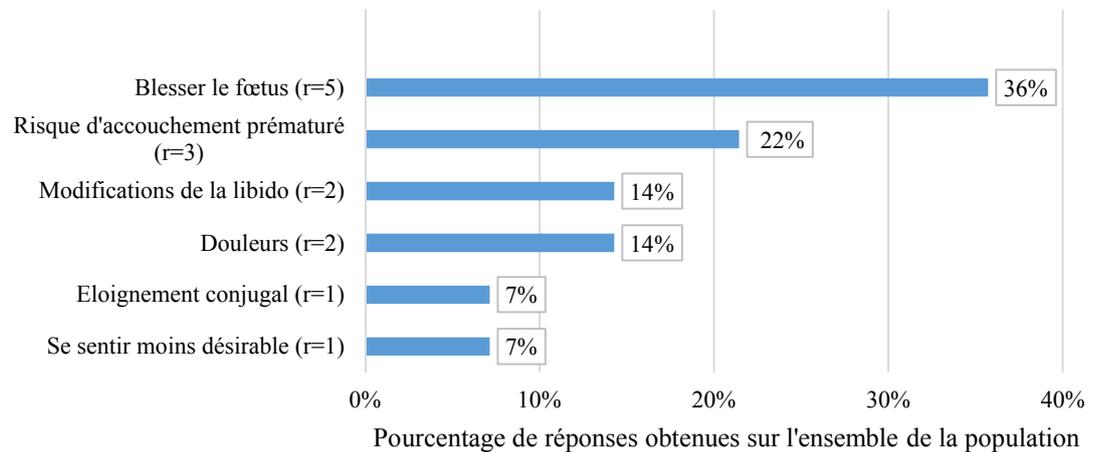


Diagramme 4 : Appréhensions féminines concernant la sexualité pendant la grossesse (R=14)

Sur celles qui appréhendent les rapports (n=12), les causes sont plutôt psychologiques. En effet, nous pouvons mettre en évidence certaines craintes comme :

- Blesser le fœtus (32% des réponses, r=5),
- Des modifications de la libido notamment à la diminution de celle-ci (14% des réponses, r=3),
- Un éloignement conjugal (7% des réponses, r=1),
- Se sentir moins désirable pour son partenaire (7% des réponses, r=1).

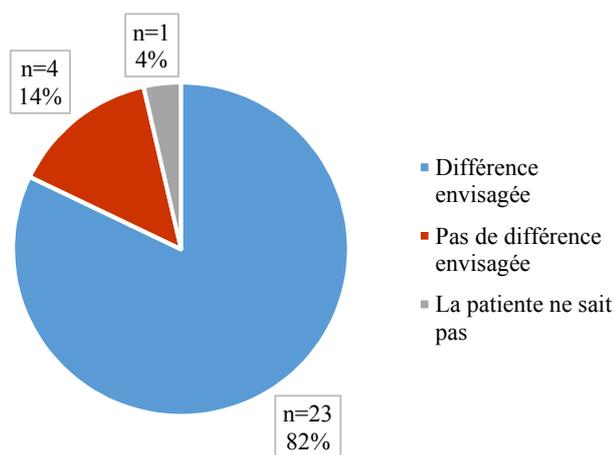
Les causes plus « physiques et médicales » sont le risque d'accouchement prématuré (22% des réponses, r=3) et l'apparition de douleurs (14% des réponses, r=2).

Ces appréhensions seront à comparer ultérieurement avec les causes des modifications de la sexualité vécues pendant la grossesse.

#### 2.3.4. Modifications attendues par le conjoint et appréhensions qu'elles suscitent

##### 2.3.4.1. Le conjoint envisage-t-il la sexualité différemment pendant la grossesse ?

Il semblait également important d'interroger les patientes sur l'avis de leur conjoint. Ces derniers envisageaient-ils des modifications de la vie sexuelle pendant la grossesse et ces modifications suscitaient-elles des appréhensions pour eux ?

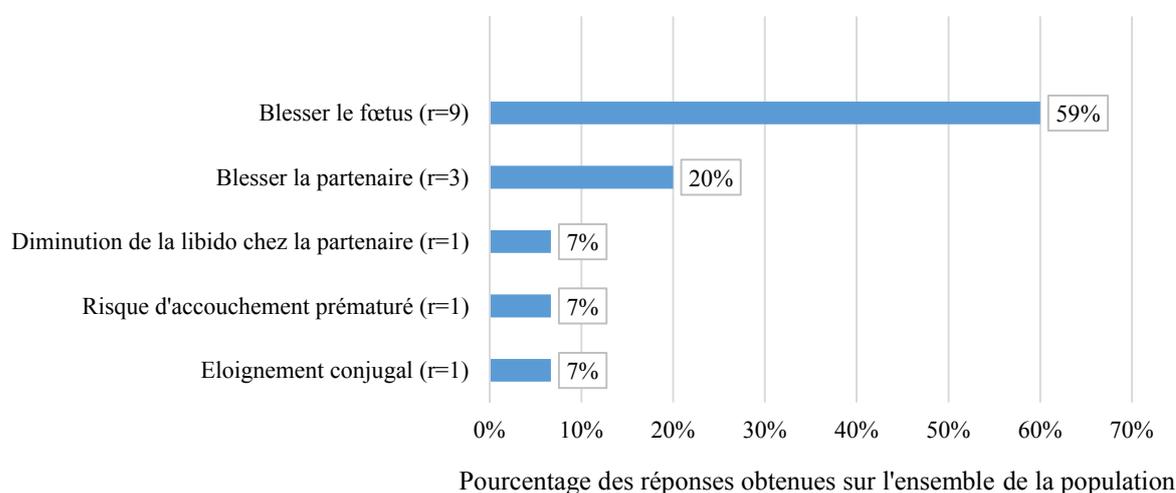


**Figure 4** : Conjoint envisageant la sexualité différemment pendant la grossesse (N=28)

Les patientes interrogées estiment à 82% (n=23) que leur conjoint envisage différemment la sexualité pendant la grossesse. Ce résultat est approximativement le même que celui des patientes (89% d'entre elles pensent que la sexualité est différente pendant la grossesse).

Le fait que les patientes répondent à la place de leur conjoint dans le questionnaire distribué inclut un biais de réponses : nous ne pouvons donc pas réellement savoir si les pourcentages recensés quant à la question sont les bons.

#### 2.3.4.2. Appréhensions masculines concernant la sexualité pendant la grossesse



**Diagramme 5** : Appréhensions masculines concernant la sexualité pendant la grossesse (R=15)

Sur les 82% des patientes (n=23) qui pensent que leur conjoint s' imagine la sexualité différemment pendant la grossesse, nous nous sommes intéressées à leurs possibles appréhensions :

- 59% d'entre eux ont peur de blesser le fœtus (9 réponses).
- 20% d'entre eux craignent de blesser leur partenaire (3 réponses),
- 7% d'entre eux ont peur de l'éloignement conjugal (1 réponse).

- 7% d'entre eux s'attendent à une diminution de la libido chez leur partenaire (1 réponse).
- 7% d'entre eux craignent un accouchement prématuré (1 réponse).
- 2 patientes ne savent pas les appréhensions de leur conjoint sur la sexualité pendant la grossesse.

Nous pouvons remarquer que les appréhensions des conjoints sont approximativement les mêmes que celles des patientes. Nous pourrions donc penser qu'elles sont véhiculées par des croyances populaires et mythiques.

En effet, si nous comparons les résultats du diagramme 4 concernant les appréhensions féminines pendant la grossesse avec celui des appréhensions masculines (diagramme 5), nous obtenons que le pourcentage de femmes qui n'appréhende aucunement les rapports sexuels pendant la grossesse est légèrement plus élevé que le pourcentage masculin (respectivement 52 et 48%). Ce sont approximativement les mêmes. Compte tenu du fait que ce sont les patientes qui répondent à la place de leur conjoint, nous pourrions nous poser la question d'un biais concernant ce paramètre.

Concernant les appréhensions féminines et masculines, leurs répartitions en fonction du sexe sont représentées dans le diagramme ci-dessous (diagramme 6) :

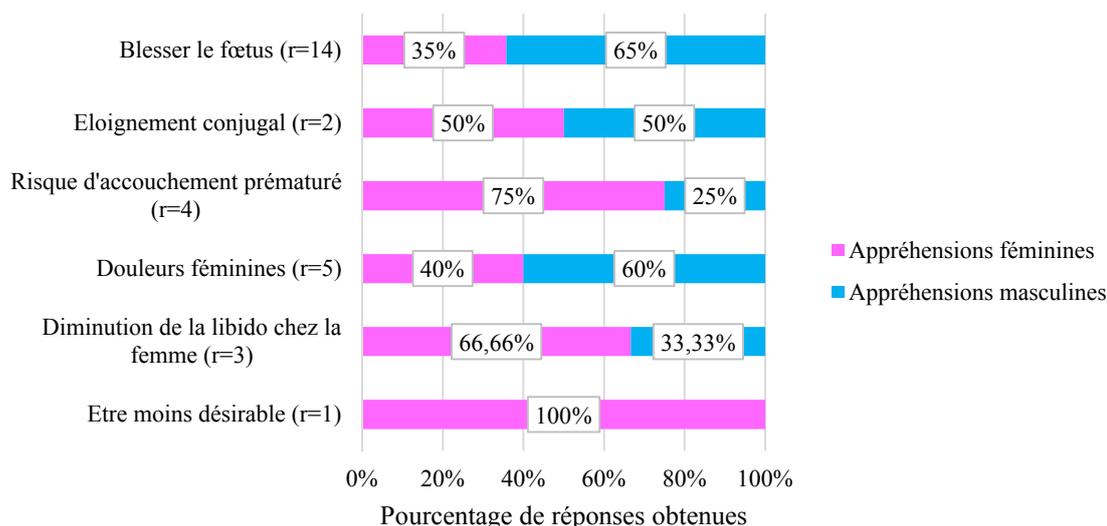


Diagramme 6 : Répartition des appréhensions féminines et masculines de la sexualité pendant la grossesse (R=29).

Concernant les craintes répertoriées :

- La peur de blesser le fœtus est une crainte majoritairement masculine (65%). En effet, l'organe génital masculin est considéré comme un « agresseur » car c'est à lui que revient le phénomène de la pénétration qui peut être vu comme invasif pour l'espace de développement fœtal.
- Les craintes concernant l'apparition de douleurs féminines concomitantes aux rapports sexuels pendant la grossesse sont partagées chez les hommes et chez les femmes (60% chez les hommes et 40% chez les femmes).
- L'éloignement conjugal est une crainte partagée par le couple (50% des femmes et des hommes).
- Concernant le risque d'accouchement prématuré, les femmes semblent plus s'en soucier que les hommes (75% des femmes contre 25% des hommes)
- La diminution de la libido féminine est elle aussi une crainte plus féminine que

- masculine (66,6% des femmes contre 33,3% des hommes).
- La crainte d'être moins désirable est exclusivement féminine. Il en résulte donc que les hommes n'ont pas peur de trouver leurs conjointes moins désirables pendant la grossesse.

Les craintes concernant la sexualité pendant la grossesse se révèlent les mêmes quel que soit le sexe du parent mais leur récurrence est différente en fonction du sexe. L'information des deux parents sur la sexualité pendant la grossesse peut donc s'avérer nécessaire.

## 2.4. Les moyens d'informations avant la grossesse

### 2.4.1. Discussion avec l'entourage

Cet item nous a montré que 11 patientes n'ont jamais évoqué le sujet de la sexualité pendant la grossesse avec leur entourage avant celle-ci (39% des patientes).

En revanche, parmi les 61% de la population interrogée qui a déjà évoqué le sujet, nous avons obtenu la figure suivante :

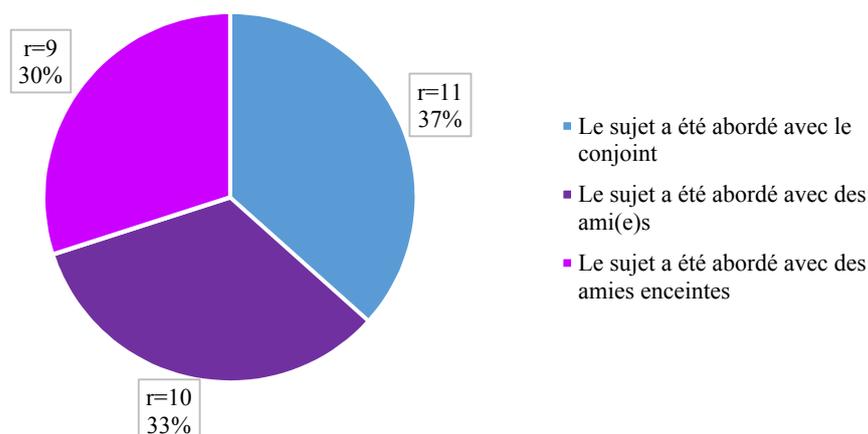


Figure 5 : Réponses des patientes ayant évoqué ou non le sujet de la sexualité pendant la grossesse (R=30)

- Environ 1/3 d'entre elles en ont parlé avec leur conjoint. Le thème de la sexualité pendant la grossesse est donc abordé dans les discussions conjugales.
- Environ 1/3 d'entre elles en ont parlé avec des amies.
- Environ 1/3 d'entre elles en ont parlé avec des amies enceintes.

Aucune des patientes interrogées ne révèle avoir parlé de sexualité avec leurs parents.

Nous avons posé cette question pour connaître le rapport de la patiente vis-à-vis de sa mère car nous savons que les patientes s'identifient beaucoup à leurs mères pendant la grossesse. Il semblerait que ce sujet soit trop intime pour en parler avec elles.

Ces patientes sont donc susceptibles de s'attendre à des modifications de la sexualité pendant la grossesse.

## 2.4.2. Recherches personnelles effectuées avant la grossesse

Avant la grossesse, 78% (n=22) de la population des patientes interrogées ne se sont pas renseignées sur le thème de la sexualité pendant la grossesse. Nous pouvons donc en déduire qu'elles ne se sentaient pas vraiment concernées par celui-ci.

Parmi les patientes qui se sont renseigné sur le thème de la sexualité (n=6) pendant la grossesse, nous avons recherché leurs sources. Nous avons obtenu la figure ci-dessous :

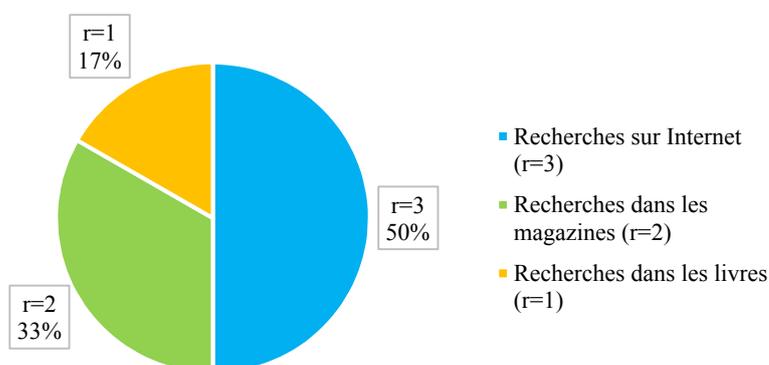


Figure 6 : Recherches effectuées par les patientes sur la sexualité pendant la grossesse (R=6).

Nous pouvons remarquer que 50% des recherches ont été effectuées avec Internet, 33% avec des magazines et 17% avec des livres. Ainsi, nous pourrions en déduire que les patientes qui ont fait des recherches personnelles sur la sexualité pendant la grossesse peuvent s'attendre à des modifications de leur vie intime.

## 2.4.3. Influence du désir de grossesse sur les renseignements récoltés

Nous nous sommes posé la question de l'influence du désir de grossesse dans la recherche d'informations sur la sexualité pendant la grossesse et sur les discussions avec l'entourage concernant celle-ci.

### 2.4.3.1. Influence du désir de grossesse dans les discussions avec l'entourage avant la grossesse

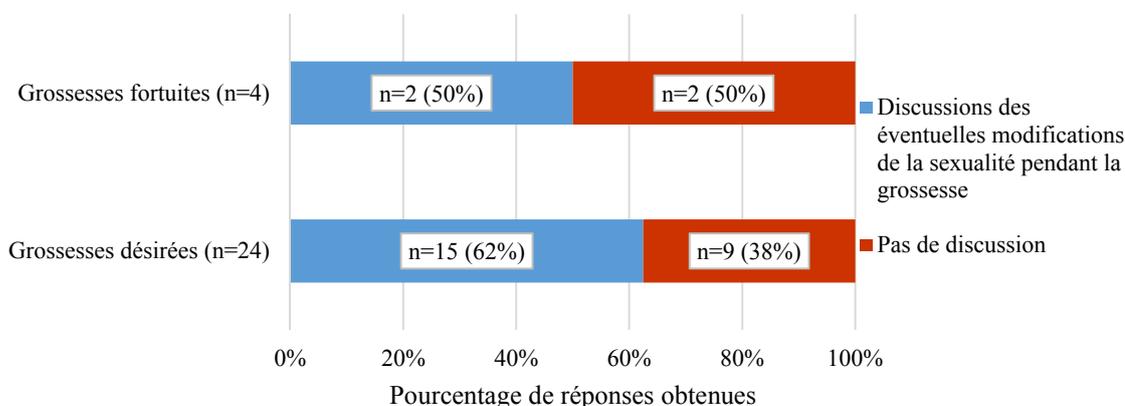


Diagramme 7 : Influence du désir de grossesse sur la discussion avec l'entourage (N=28)

Le diagramme ci-dessus montre l'influence du désir de grossesse avec la « présence » ou non de discussions sur la sexualité pendant la grossesse avec l'entourage.

Il semblerait qu'environ 62% des femmes désireuses de grossesse ont évoqué le sujet de la sexualité pendant la grossesse avant d'entreprendre cette dernière. Nous pouvons aussi remarquer que 50% des femmes qui ont eu une grossesse fortuite ont aussi évoqué le sujet de la sexualité pendant la grossesse avant celle-ci.

Nous pourrions donc en conclure que c'est un sujet en proie à de nombreuses discussions avant même que la grossesse ne soit commencée quel que soit le désir de grossesse avec malgré cela un questionnement plus important chez les femmes dont la grossesse était désirée.

#### 2.4.3.2. Influence du désir de grossesse sur les recherches personnelles effectuées

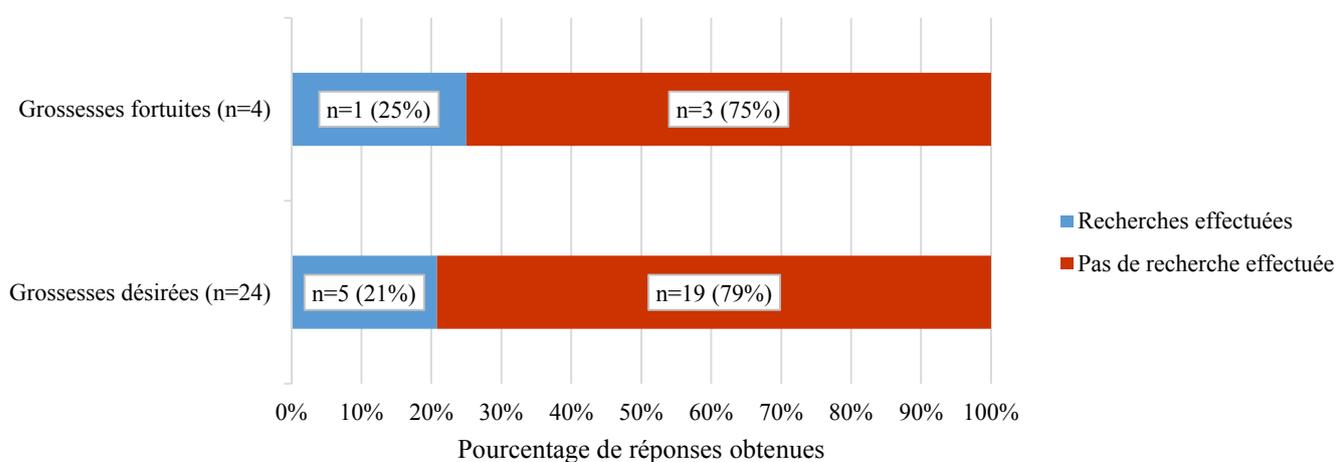


Diagramme 8 : Influence du désir de grossesse sur les recherches personnelles effectuées (N=28)

Nous avons aussi comparé les recherches personnelles effectuées en fonction du désir de grossesse. Ainsi, nous obtenons les résultats suivant :

- Parmi les grossesses désirées, seulement 21% des patientes ont effectué des recherches quelle que soit la source utilisée sur la sexualité pendant la grossesse.
- Parmi les grossesses fortuites, 25% des patientes ont effectué des recherches à ce sujet.

Nous pouvons remarquer que le désir de grossesse n'influence pas les recherches effectuées sur la sexualité pendant la grossesse avant la période gestationnelle.

## 2.4.4. Influence des recherches personnelles sur les modifications attendues pendant la grossesse

### 2.4.4.1. Influence des discussions sur l'attente de modifications de la sexualité pendant la grossesse

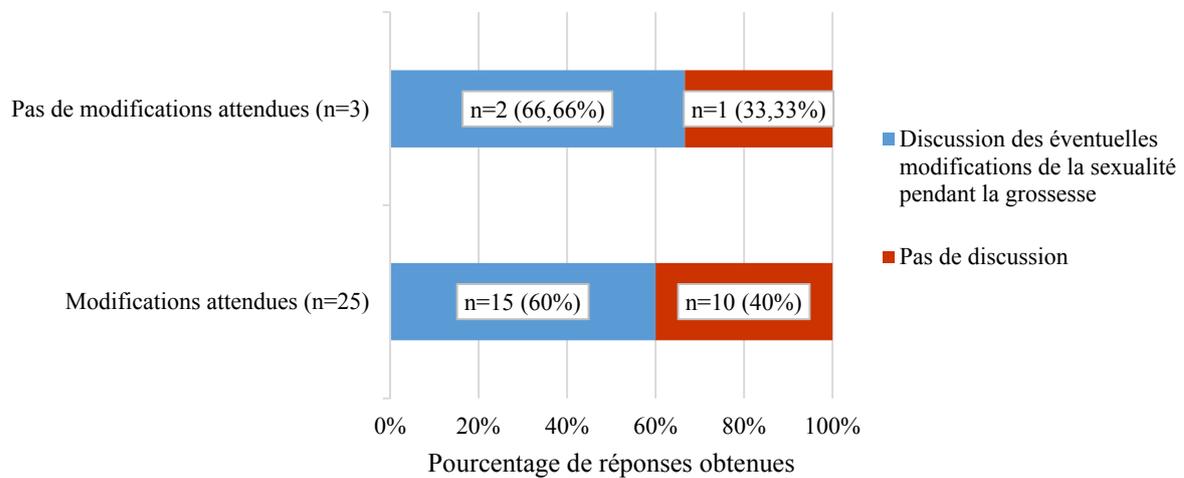


Diagramme 9 : Influence de l'entourage sur les modifications attendues (N=28)

Sur le diagramme 9, nous pouvons donc remarquer que sur le nombre de patientes s'attendant à des modifications de la sexualité pendant la grossesse, 60% d'entre elles avaient évoqué le sujet de la sexualité pendant la grossesse. Cela montre aussi que 40% d'entre elles s'attendent à des modifications sans en avoir discuté : ces modifications attendues sont donc soit le résultat de recherches personnelles, soit dues à des croyances populaires ou encore le fait de se dire que le corps va se trouver modifié à cause de la grossesse : cela peut donc modifier la sexualité.

En revanche, nous pouvons nous apercevoir que 2/3 des patientes (66% de la population) ne s'attendant pas à des modifications de la sexualité pendant la grossesse ont évoqué le sujet avec leur entourage.

Ici aussi, nous pouvons constater que les discussions sur le thème de la sexualité pendant la grossesse sont nombreuses. Ceci confirme donc les résultats obtenus précédemment concernant les recherches personnelles.

Nous avons ensuite comparé l'influence du désir de grossesse des patientes avec le pourcentage de discussions avec l'entourage.

Tout comme pour les discussions avec l'entourage, nous avons voulu savoir si les femmes ayant fait des recherches sur la sexualité pendant la grossesse s'attendaient à une modification de celle-ci. Nous avons donc obtenu le digramme ci-dessous :

#### 2.4.4.2. Influence des recherches sur l'attente de modifications sexuelles pendant la grossesse

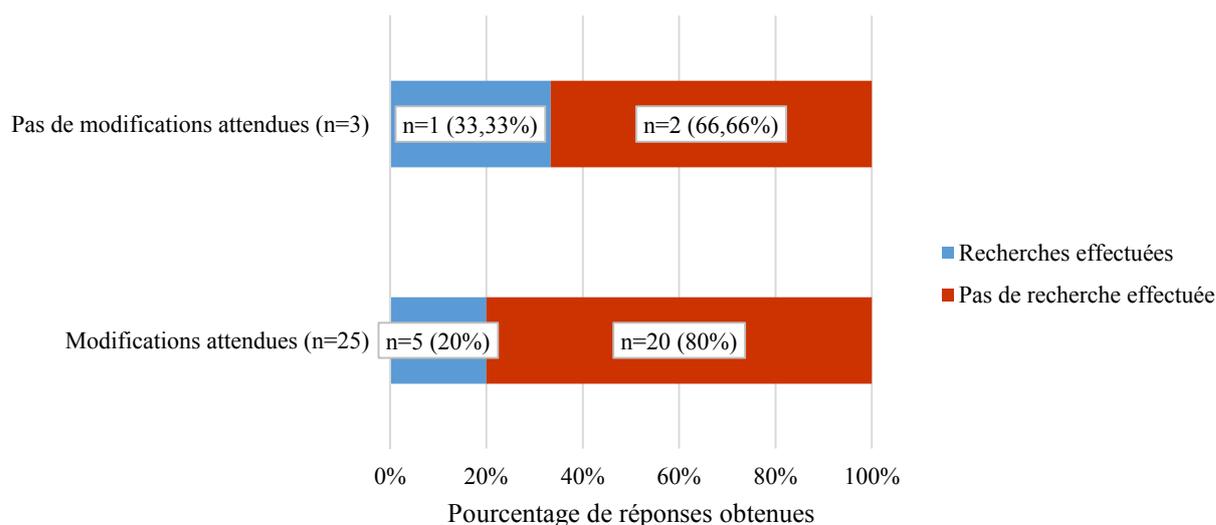


Diagramme 10 : Influence des recherches personnelles effectuées sur les modifications attendues (N=28).

Nous pouvons remarquer sur ce diagramme que les recherches effectuées par les patientes sur le thème de la sexualité pendant la grossesse sont très faibles.

En effet, seulement 20% des patientes qui s'attendent à une modification de la sexualité pendant la grossesse ont effectués des recherches par elles-mêmes et 33,33% chez les patientes ne s'attendant pas à des modifications.

La connaissance de ces modifications ne vient donc majoritairement pas des recherches effectuées sur internet, dans les livres ou les magazines.

Cette partie traitant des influences du désir de grossesse et des recherches ou renseignements dont les patientes disposent avant celle-ci nous montrent que la part des renseignements de l'entourage entre en très grande proportion chez les attentes des primipares sur la sexualité pendant la grossesse. Nous pourrions imaginer que ces renseignements ou discussions sont très personnelles et très variables d'une personne à l'autre : néanmoins, elles peuvent influencer les attentes et les appréhensions des futures jeunes mamans.

## 2.5. Les modifications de la sexualité rencontrés pendant la grossesse.

### 2.5.1. État de la grossesse

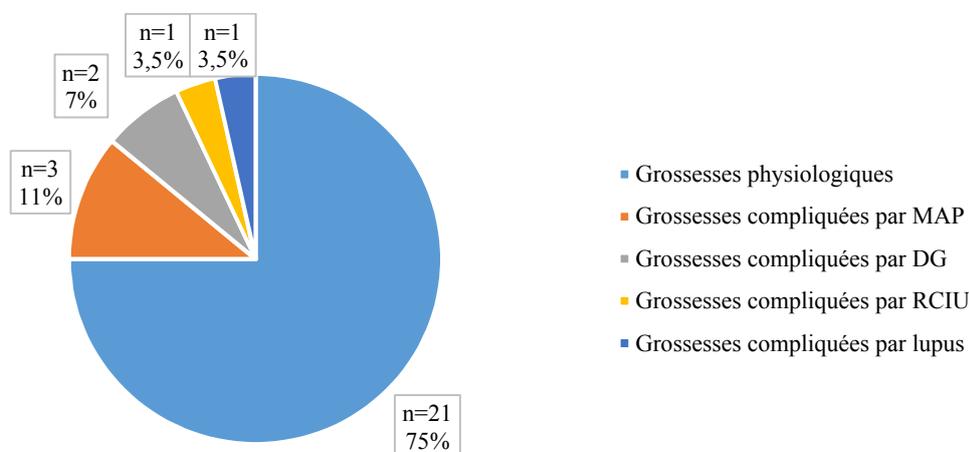


Figure 7 : Grossesses physiologiques et grossesses présentant des pathologies gravidiques (N=28)

La figure ci-dessus montre l'état des grossesses des primipares interrogées.

Nous avons posé cette question pour savoir si une pathologie particulière ou un événement particulier pendant la grossesse pouvait plus ou moins affecter la sexualité.

Il résulte de cette question que 75% des patientes ne rencontrent aucune pathologie particulière pendant leur gestation.

Par contre, 11% d'entre elles présentent une MAP. Nous pourrions donc penser ces patientes ont donc arrêté les rapports pendant leur grossesse car ces derniers sont fortement déconseillés.

Nous trouvons également que 7% des grossesses ont été compliquées par du diabète gestationnel. A priori cette pathologie ne devrait pas vraiment modifier la sexualité pendant la grossesse.

Nous pouvons aussi remarquer que 3,5% de la population interrogée présente un RCIU. Cette pathologie fœtale pourrait entraîner une modification de la sexualité.

De plus, 3,5% des grossesses de la population ont été compliqué par un lupus. Cette pathologie étant une maladie chronique dont les symptômes, bien qu'exacerbés par la grossesse, ne devraient pas plus interférer dans les modifications de sexualité pendant la grossesse.

### 2.5.2. Modifications de la sexualité rencontrées pendant la grossesse

Une seule patiente parmi la population interrogée n'a trouvé aucune différence de la sexualité pendant la grossesse (4% de la population totale).

Parmi les 96% qui trouvent que la sexualité est différente (n=27), nous nous sommes intéressés au moment où ces modifications interviennent, nous avons obtenu la figure ci-dessous :

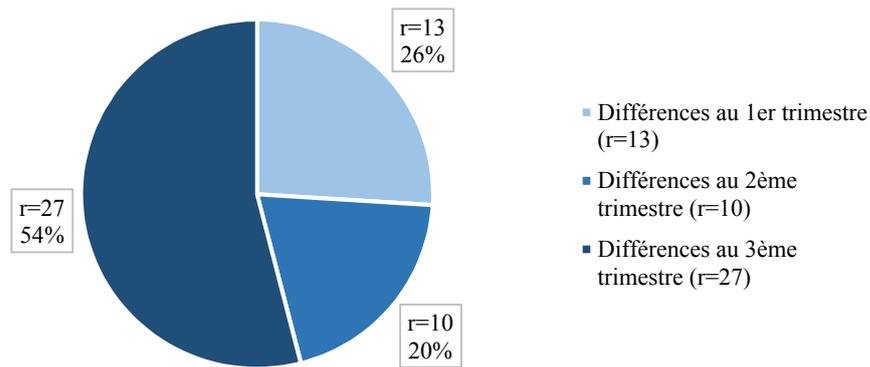


Figure 8 : Différences attendues en fonction des trimestres de la grossesse (R=50)

La figure ci-dessus montre le taux de réponses des parturientes sur les différences rencontrées selon la période de la grossesse.

Nous pouvons remarquer que 54% d'entre elles (r=27) trouvent que la sexualité est différente au 3ème trimestre. En effet, au troisième trimestre, l'utérus est de plus en plus volumineux et l'état gravidique augmente la fatigue maternelle. Nous pourrions penser que ces différents éléments jouent sur les modifications de la sexualité vécue au troisième trimestre par les primipares.

Au deuxième trimestre, 20% (r=10) des primipares interrogées remarquent une différence de sexualité. Celle-ci pourrait être expliquée par la présence du fœtus qui se fait ressentir. En effet le deuxième trimestre permet à cette mère de prendre plus conscience de la réalité de la grossesse et l'affirmation de la parturiente en tant que tel.

En outre, 26% (r=13) des patientes interrogées estiment trouver une différence au 1er trimestre de la grossesse. Cette période de la grossesse est souvent marquée par une asthénie maternelle due aux nausées, aux douleurs, aux modifications mammaires... Ces modifications s'estompent à l'entrée dans le deuxième trimestre de la grossesse.

Si nous comparons ce à quoi les patientes s'attendaient avant la grossesse à ce qui s'est réellement produit en cours de grossesse, nous remarquons que 11% des patientes ne s'attendaient pas à des modifications de la sexualité pendant la grossesse. Or, pendant la grossesse, seulement une patiente n'a pas remarqué de changements dans leur sexualité (4% de la population). Celle-ci ne s'était pas renseigné.

Donc, nous avons 89% des patientes qui s'attendaient à une modification de la sexualité pendant la grossesse et 96% qui vivent des changements dans leur sexualité. Nous pouvons donc affirmer que les patientes s'attendaient globalement à des modifications de la sexualité pendant la grossesse.

Nous avons aussi étudié l'influence de la physiologie de la grossesse sur la présence de modifications de la sexualité pendant celle-ci : il en résulte que la seule personne n'ayant pas rencontrés de modifications dans sa vie intime pendant la grossesse vivait une grossesse physiologique. Il semblerait donc que toutes les patientes qui vivent une grossesse à particularité (n=7) et la majeure partie des patientes vivant une grossesse physiologique (n=21) sont confrontées à des modifications de leur vie intime pendant la grossesse.

### 2.5.3. Modifications de fréquence des rapports pendant la grossesse

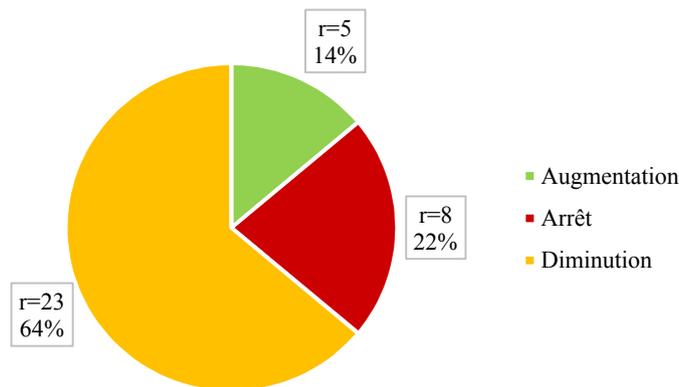


Figure 9 : Modifications de la fréquence des rapports (R=37)

Les résultats répertorient les 37 réponses obtenues de la population interrogée. La figure 9 qui en découle montre que la diminution de la fréquence des rapports est la modification de fréquence la plus importante (64% des réponses obtenues). L'arrêt total des rapports ou l'augmentation de la fréquence de ceux-ci sont moins fréquentes (respectivement 22 et 14%).

En comparant cette figure avec celle obtenue des modifications de la fréquence attendues avant la grossesse, nous pouvons voir que :

- 66% des patientes s'attendaient une diminution de la fréquence des rapports et 64% des patientes présentent une diminution de la fréquence des rapports pendant la grossesse.
- 17% des patientes s'attendaient à un arrêt des rapports et 22% n'ont plus de rapports.
- 17% des patientes s'attendaient à une augmentation de la fréquence des rapports 14% présentent une augmentation de la fréquence des rapports.

Nous pouvons dire que les patientes s'attendaient au fait que la fréquence des rapports sexuels allait diminuer pendant la grossesse.

En revanche, un plus grand pourcentage d'entre elles se retrouve face à un arrêt des rapports. Quant à l'augmentation de la fréquence de ceux-ci, le pourcentage des patientes qui en bénéficient pendant la grossesse est inférieur à celui de leurs attentes avant la période gestationnelle.

Dans cette partie, nous nous sommes aussi intéressés aux modifications de la fréquence des rapports sexuels en fonction du trimestre de la grossesse.

Nous avons donc obtenu le diagramme ci-dessous :

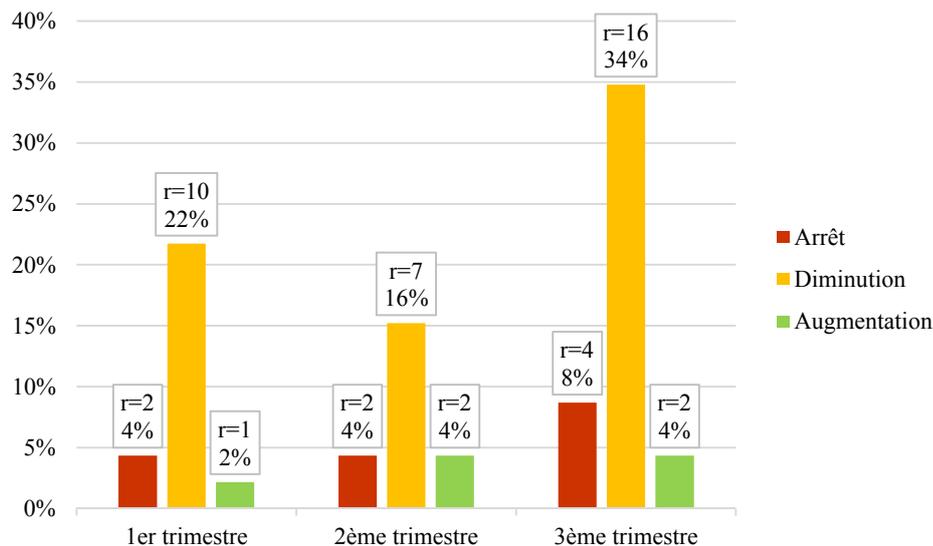


Diagramme 11 : Répartition des différentes modifications de la fréquence des rapports pendant la grossesse en fonction des trimestres (R=46).

Ce diagramme montre que les principales modifications de la fréquence des rapports sexuels pendant la grossesse. Nous avons obtenu 46 réponses de la population. Celles-ci sont majoritairement des diminutions peu importe le trimestre abordé.

Pour les diminutions, la majorité d'entre elles se font ressentir au 3ème trimestre confirmant ainsi notre hypothèse que les rapports sont plus difficiles. Elles se font aussi ressentir au premier et au deuxième trimestre dans une proportion moins grande.

L'arrêt des rapports se fait plus ressentir au 3ème trimestre et moins au premier et au deuxième trimestre.

Concernant l'augmentation des rapports, celui-ci intervient plus au deuxième et au troisième trimestre et moins au premier.

Nous avons également exploré la cinétique de ces modifications de fréquence. Nous avons obtenu le diagramme ci-dessous :

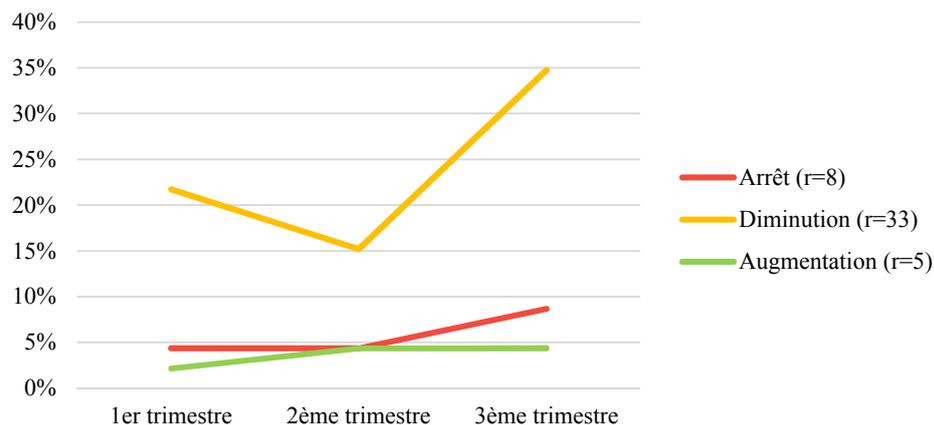


Diagramme 12 : cinétique des modifications de la fréquence des rapports en fonction du trimestre de la grossesse (R=46).

Nous observons donc que la diminution de la fréquence des rapports s'amointrie au second semestre et atteint son maximum au troisième trimestre. De plus, nous pouvons noter une augmentation de la fréquence des rapports au deuxième trimestre. Cet amoindrissement correspondrait donc à la meilleure forme physique et psychique vécue au deuxième trimestre de grossesse.

En ce qui concerne l'arrêt des rapports, son taux reste stable au deuxième et au second trimestre mais augmente au troisième, ce qui correspondrait à l'inconfort maternel qui règne à cette période.

### 2.5.3.1. Étiologies de la diminution de la fréquence des rapports sexuels

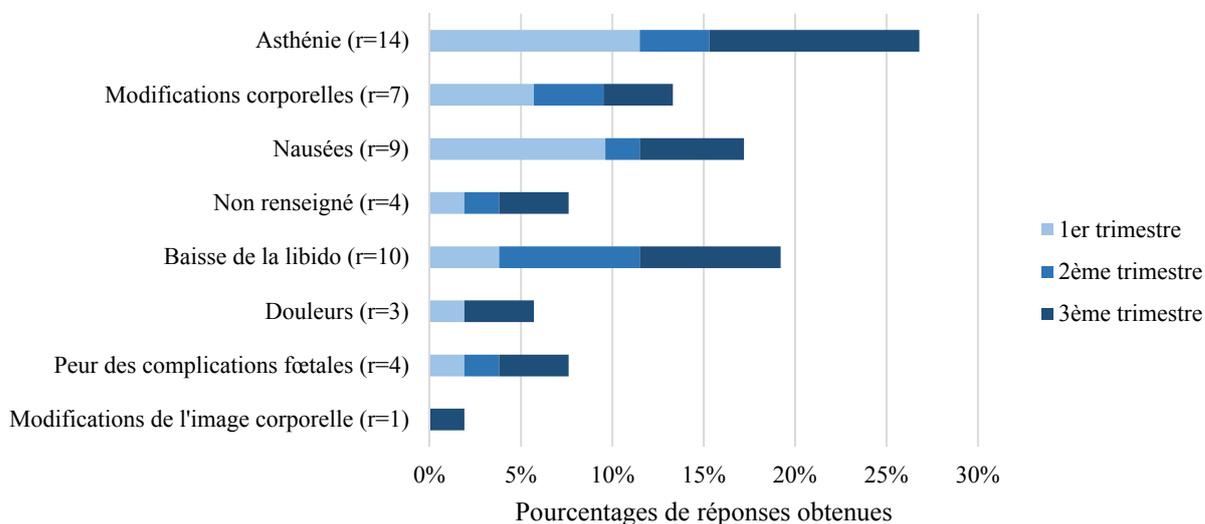


Diagramme 13 : Causes de la diminution de la fréquence des rapports en fonction des trimestres de grossesse (R=52)

Le diagramme ci-dessus détaille les étiologies de la diminution de la fréquence des rapports. 52 réponses ont été obtenues de la part des patientes :

- L'asthénie maternelle est une cause importante surtout au 3ème et au 1er trimestre (12% des réponses obtenues pour chacun d'eux donc 6 réponses pour chacun d'eux). Au 2ème trimestre, l'asthénie est moins présente (environ 4% des réponses totales obtenues, 2 réponses).
- Les modifications corporelles ne correspondent qu'à 4% des étiologies de la diminution de la fréquence des rapports au deuxième et troisième (r=2) contre 5,5% au premier trimestre (r=3). Ces résultats infirment donc notre hypothèse selon laquelle les modifications corporelles sont l'étiologie principale de la diminution de la fréquence des rapports sexuels.
- Les nausées sont plus fréquemment impliquées dans la diminution de la fréquence des rapports au premier trimestre (10%, r=5), puis au troisième trimestre (6%, r=3) et beaucoup moins au deuxième trimestre (r=1).
- La baisse de la libido est impliquée surtout au 2ème et au 3ème trimestre (r=4) mais à moitié moins au 1er trimestre (r=2).
- La présence de douleurs est surtout impliquée au 3ème trimestre (r=2) et moins au 1er trimestre (r=1).
- La peur des complications fœtales (accouchement prématuré...) survient au troisième (r=2), moins au 2ème trimestre et au 1<sup>er</sup> (r=1).
- Enfin la modification de l'image corporelle n'intervient qu'au 3ème trimestre (r=1).

### 2.5.3.2. Étiologies de l'arrêt des rapports sexuels

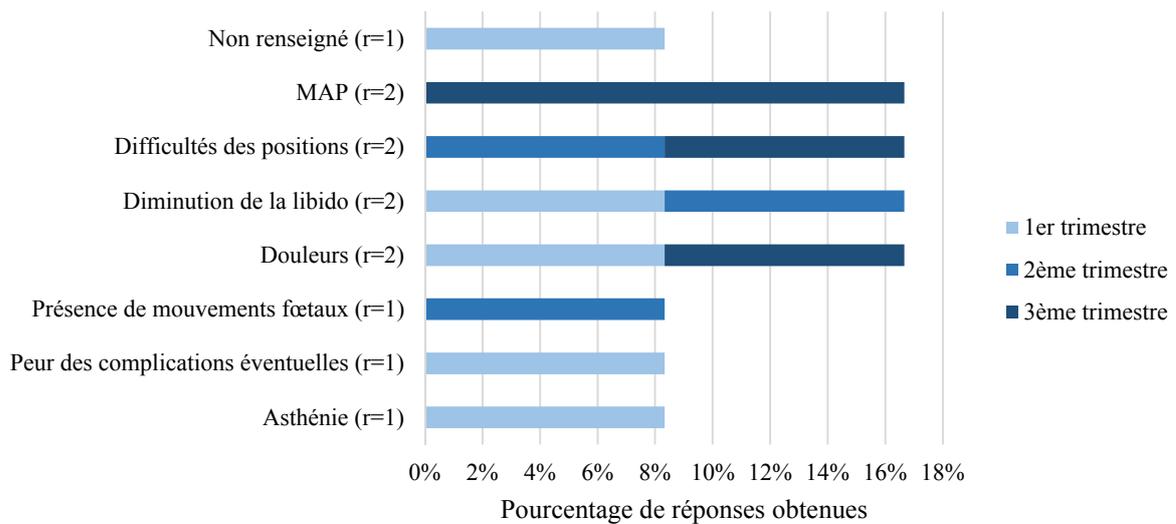


Diagramme 14 : Causes de l'arrêt des rapports en fonction des trimestres de la grossesse (R=12)

Le diagramme ci-dessus détaille les étiologies de l'arrêt des rapports trimestre par trimestre. Nous avons obtenu 12 réponses de la part des parturientes :

- L'asthénie n'est la cause de l'arrêt des rapports qu'au premier trimestre.
- La peur des complications fœtales est présente aussi au 1er trimestre. Parmi celles qui ont répondu qu'elles avaient « peur pour leur bébé », nous nous attendions à ce que les patientes aient pour antécédents des fausses couches spontanées ou des recours à la PMA multiples mais il n'en a rien.
- La présence des mouvements fœtaux provoque l'arrêt des rapports au deuxième trimestre.
- Les douleurs maternelles sont présentes au premier et au troisième trimestre.
- La diminution de la libido est présente au premier et au deuxième trimestre.
- Les difficultés des positions sont citées au deuxième et au troisième trimestre.
- Les MAP sont la cause d'arrêt la plus fréquente au troisième trimestre. Seulement 2 femmes sur 3 ont complètement arrêté les rapports à cause de leur MAP.

### 2.5.3.3. Étiologies de l'augmentation de la fréquence des rapports

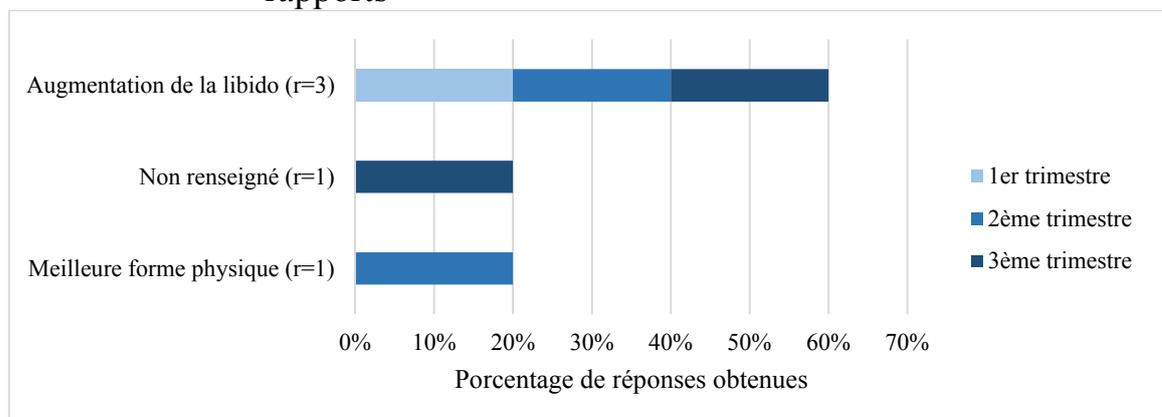


Diagramme 15 : causes de l'augmentation de la fréquence des rapports sexuels pendant la grossesse en fonction des trimestres (R=5)

Le diagramme ci-dessus détaille les étiologies de l'augmentation de la fréquence des rapports sexuels pendant la grossesse (5 réponses obtenues de la part des primipares). Elle est due à :

- Une meilleure forme physique au deuxième trimestre.
- Une augmentation de la libido au premier, deuxième et troisième trimestre sans signification particulière. Nous pensons donc que cette augmentation est « patiente-dépendante » selon le vécu de la grossesse à un moment T.

Les causes des modifications de la fréquence des rapports surtout celles concernant l'arrêt et la diminution coïncident avec les appréhensions observées avant la grossesse. En effet, nous pouvons remarquer que la cause fœtale est récurrente (blesser l'enfant et peur de provoquer des complications fœtales telles que la MAP). En outre, nous pouvons ajouter que la présence des mouvements fœtaux perturbe les patientes et peuvent provoquer l'arrêt des rapports.

Concernant la patiente, les douleurs et la baisse de la libido se retrouvent aussi bien dans les appréhensions des patientes avant la grossesse que dans les causes de la diminution ou de l'arrêt des rapports sexuels.

#### 2.5.4. Modifications des habitudes sexuelles pendant la grossesse

Nous avons posé la question de la modification des habitudes sexuelles pendant la grossesse chez les primipares interrogées. Il en résulte que 86% d'entre elles trouvent des modifications (n=24) et 14% d'entre elles (n=4) n'ont pas vu leurs habitudes changer.

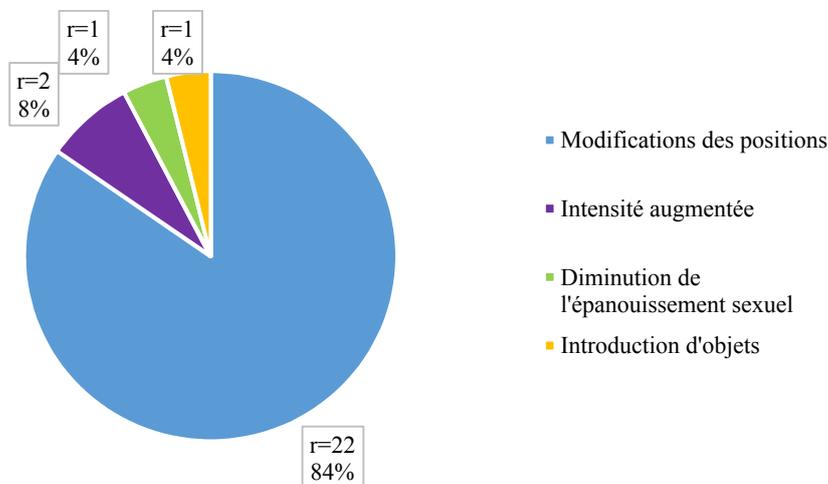


Figure 10 : Modifications des habitudes sexuelles pendant la grossesse (R=26)

Nous avons obtenu 26 réponses des primipares dont les habitudes sexuelles ont été modifiées pendant la grossesse.

La figure ci-dessous montre que 85% des patientes interrogées ont vu leurs habitudes sexuelles changer pendant la grossesse : 73% de la population totale interrogée note une modification des positions, 6% d'entre elles notent une augmentation de l'intensité, 3% notent une diminution de l'épanouissement sexuel et 3% d'entre elles notent une introduction d'objets dans leur vie sexuelle.

La sexualité pendant la grossesse est donc aussi bien modifiée au niveau de la fréquence des rapports qu'aux niveau des habitudes sexuelles.

### 2.5.5. Modifications vécues dans le couple

Nous avons répertorié 27 réponses de la part des patientes pour cette question qui correspondent au même nombre de patientes vivant des modifications de la sexualité pendant leur grossesse.

La figure ci-dessous montre que la majorité des modifications sexuelles vécues pendant la grossesse ont été décidées conjointement entre la patiente et son compagnon (78%). Ce taux reflète bien la discussion conjugale qui peut avoir lieu sur la sexualité pendant la grossesse. 15% des patientes ont décidés des changements de sexualité seules et 7% des compagnons ont décidé des modifications pour le couple.

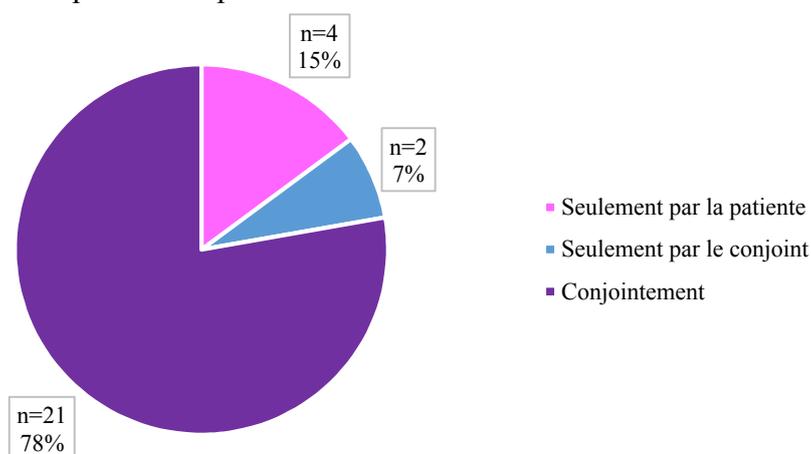


Figure 11 : Responsabilité dans la décision des changements de la vie sexuelle pendant la grossesse (N=27)

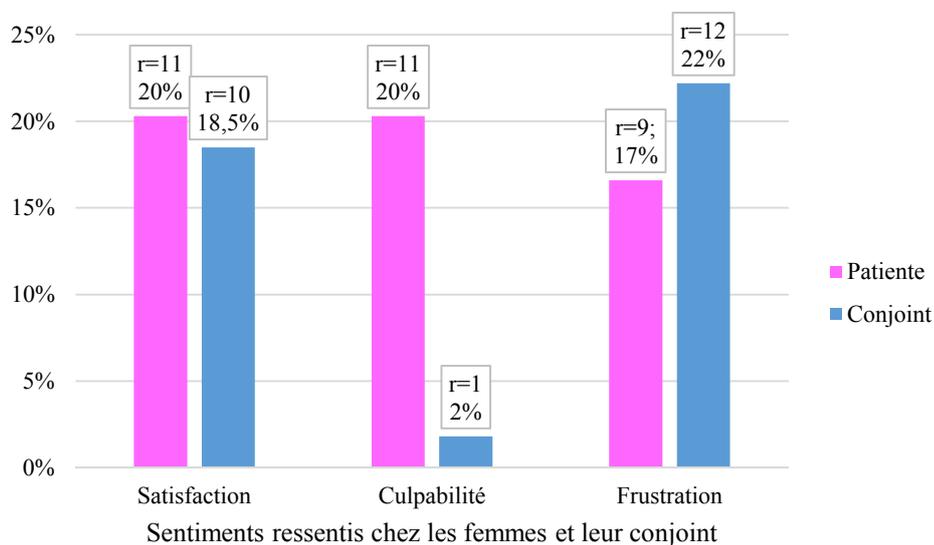


Diagramme 16 : Répartition des sentiments ressentis par le couple face aux modifications sexuelles (R=54)

Ce graphique montre la satisfaction, la culpabilité et la frustration des couples vis-à-vis des modifications sexuelles pendant la grossesse (54 réponses obtenues de la population interrogée).

Nous pouvons remarquer que les sentiments de satisfaction et de frustration sont environ les mêmes chez les hommes que chez les femmes.  
 En revanche, en ce qui concerne la culpabilité, les patientes se sentent beaucoup plus coupables que les hommes.

## 2.6. Moyens d'informations utilisés pendant la grossesse.

### 2.6.1. Moyens de recherches utilisés

Sur toutes les patientes interrogées, 40% (n=11) d'entre elles n'ont effectué aucune recherche sur la sexualité pendant la grossesse.

Nous avons ensuite recherché, chez les patientes s'étant renseignées (n=17), leurs sources d'informations. Nous avons donc obtenu les figures suivantes :

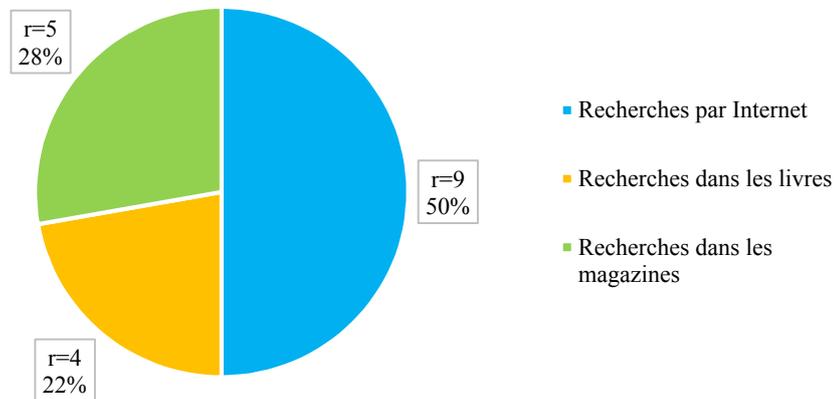


Figure 12 : Moyens personnels employés par les patientes pour s'informer pendant la grossesse (R=18)

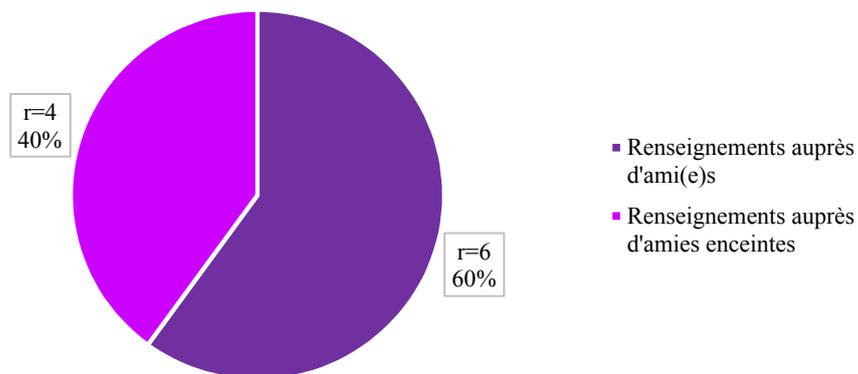


Figure 13 : Renseignements auprès de l'entourage (R=10)

Il résulte de l'analyse de ces figures que :

- 50% des recherches ont été effectuées sur Internet, 28% dans les magazines et 22% dans les livres.
- 60% des renseignements obtenus grâce à l'entourage sont issus de discussions avec des amies et 40% avec des amies enceintes.

Si nous comparons leurs recherches pendant la grossesse avec les recherches qu'elles ont effectué pendant la grossesse, il apparaît que :

- Le taux de patients non informées est passé de 79% avant la grossesse à 40% pendant la grossesse. Nous pouvons donc en déduire que plusieurs patientes se sont donc renseignées sur la sexualité pendant la grossesse.
- Les recherches sur Internet représentent toujours approximativement 50% des sources utilisées pour les recherches personnelles.
- Les taux de recherches dans les magazines et dans les livres restent approximativement les mêmes.
- Les renseignements auprès d'amies et d'amies enceintes sont aussi privilégiés. La recherche de renseignement auprès de l'entourage familial reste ici aussi absente.

Les résultats de ces figures traduisent une recherche d'informations des patientes sur le sujet de la sexualité pendant la grossesse.

En ce qui concerne les renseignements effectués par les parturientes auprès d'un professionnel de santé, seulement 18% (n=5) de la population totale a osé sauter le pas. Nous nous sommes donc intéressés de plus près aux raisons qui ont conduit les primipares à ne pas demander de renseignements à un professionnel de santé sur la sexualité pendant la grossesse.

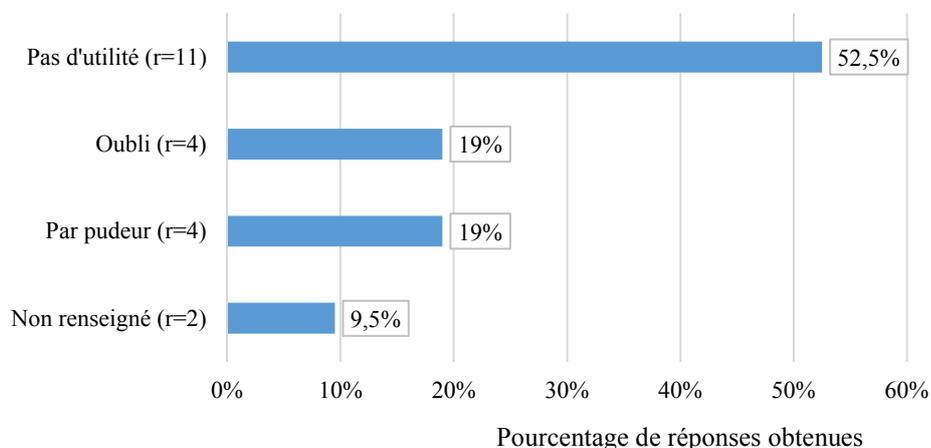


Diagramme 17 : Causes du non-renseignement des patientes auprès d'un professionnel de santé (R=21)

Nous avons répertorié 21 réponses de la part de celles qui ne se sont pas renseignées auprès d'un professionnel de santé (n=23).

Nous observons donc que plus de la moitié des parturientes qui ne se sont pas renseignées auprès d'un professionnel de santé estimaient qu'elles n'en avaient pas besoin. Nous pouvons donc imaginer qu'elles avaient à leur disposition toutes les informations nécessaires.

Sur toutes les patientes qui ne se sont pas renseignées auprès d'un professionnel de santé, 19% déclarent ne pas s'être renseigné par oubli. Nous pouvons donc aussi en conclure que ce n'était pas vraiment un besoin.

Enfin, 19% des parturientes déclarent ne pas s'être renseignées par pudeur. Nous pouvons donc

imaginer que ces personnes avaient besoin d'informations mais qu'elles n'ont pas osé en parler car le sujet de la sexualité est intime.

Enfin nous nous sommes intéressés sur les regrets potentiels de ce non renseignement auprès d'un professionnel de santé.

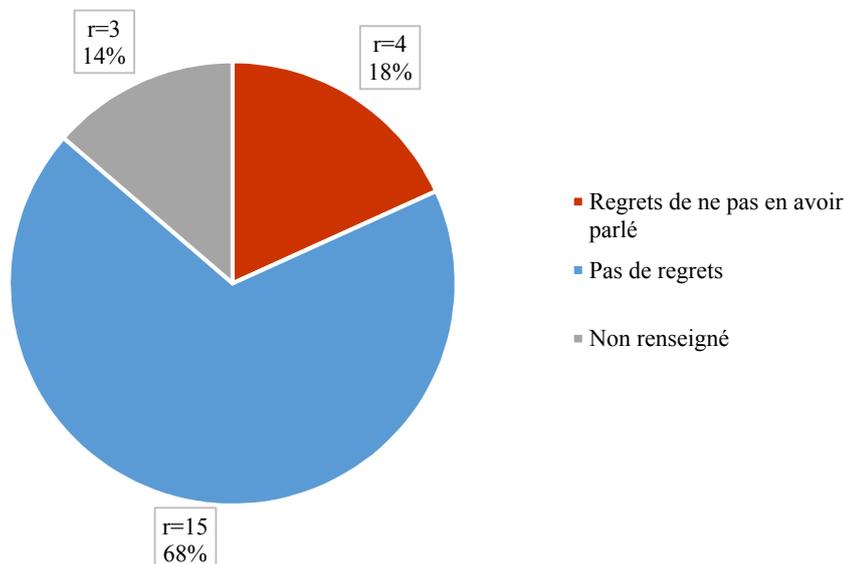


Figure 14 : Patientes regrettant ne pas s'être renseigné auprès d'un professionnel de santé (R=22)

22 réponses ont été comptabilisées sur cet item.

Sur la figure ci-dessus, nous pouvons nous apercevoir que 68% des patientes déclarent ne pas avoir regretter de ne pas en avoir parlé et 19% d'entre déplorent ne pas avoir évoqué le sujet.

Ici encore, on peut voir que 18% des femmes qui ne se sont pas renseignées le regrettent. Ce chiffre est donc le même que le 19% des patientes qui ne se sont pas renseignés par pudeur.

Nous pouvons aussi en conclure que les femmes n'ont pas besoin d'informations dispensées par un professionnel de santé sur la sexualité pendant la grossesse.

### 2.6.2. Informations données par un professionnel de santé

Les résultats de cet item montrent qu'aucune des patientes interrogées n'a reçu d'informations sur la sexualité de la part d'un professionnel de santé pendant son suivi de grossesse.

Nous pouvons évoquer l'hypothèse que l'approche de ce thème est difficile pour les professionnels de santé. Est-ce parce qu'ils sont aussi mal à l'aise pour en parler ? Considèrent-ils que le sujet n'est pas important pendant le suivi de grossesse ? Attendent-ils que leurs patientes leur en parlent pour donner des informations ?

## 2.6.3. Corrélation de l'état gravidique avec la demande ou la recherche d'informations

### 2.6.3.1. État de la grossesse de grossesse et influence sur la demande auprès d'un professionnel

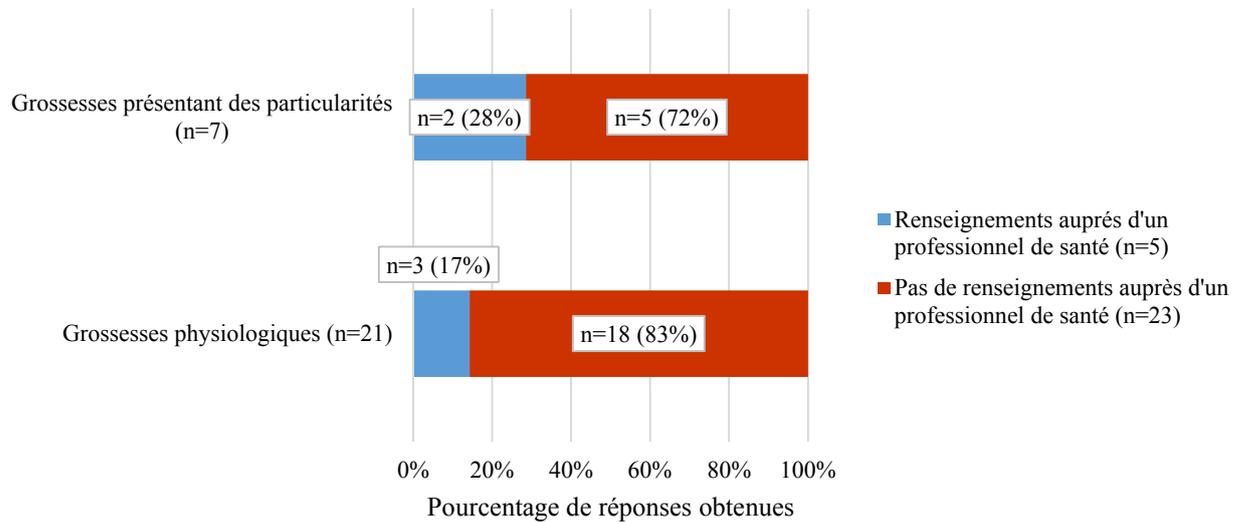


Diagramme 18 : Influence de la physiologie de la grossesse sur les renseignements demandés à un professionnel de santé (N=28)

Nous pouvons donc remarquer sur ce digramme que les femmes présentant des grossesses avec particularités ont plus tendance à oser demander des renseignements sur la sexualité pendant la grossesse aux professionnels de santé suivant leur grossesse.

Néanmoins, nous pouvons aussi remarquer le taux de femmes osant demander des renseignements à un professionnel de santé reste faible pour les deux catégories (17% pour les femmes dont la grossesse est physiologique, 28% des femmes dont la grossesse présente des particularités).

### 2.6.3.2. Etat de la grossesse et influence sur les recherches personnelles

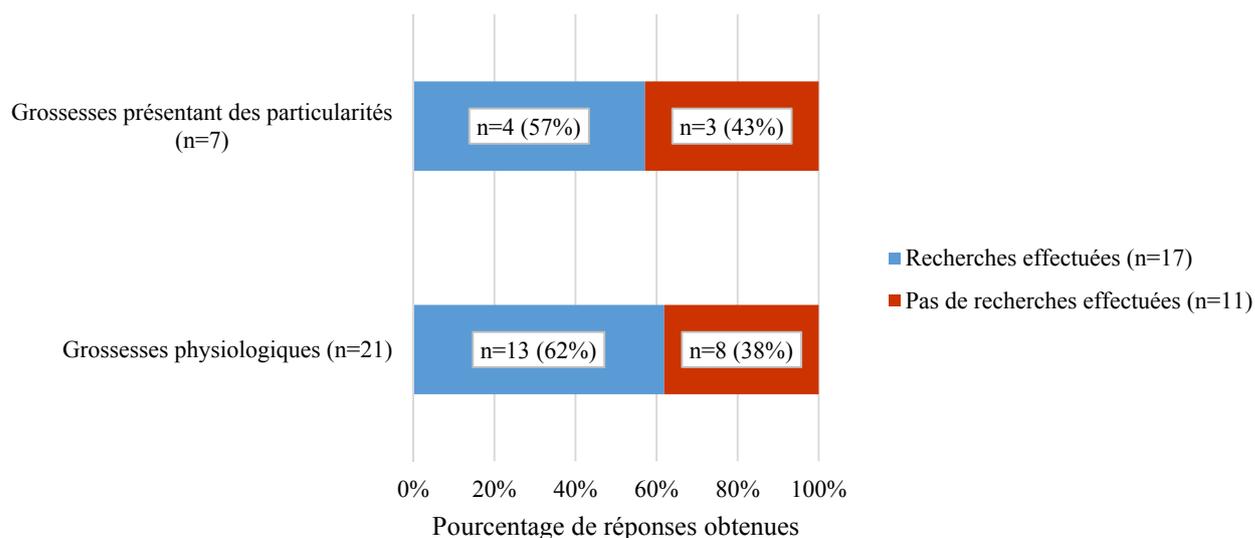


Diagramme 19 : Influence de la physiologie de grossesse sur les recherches concernant la sexualité pendant la grossesse (N=28)

Nous pouvons nous apercevoir que le taux de recherches effectuées est presque le même chez les grossesses considérées comme physiologiques et les grossesses considérées comme présentant des particularités.

Nous pouvons aussi remarquer chez les deux populations que la recherche d'informations à l'aide de moyens personnels est majoritaire (62% chez les femmes ayant une grossesse physiologique, 57% chez les femmes ayant une grossesse présentant des particularités).

Nous pouvons donc en déduire que quel que soit le type de grossesse que vivent les patientes (physiologiques ou présentant des particularités), elles préfèrent s'informer à l'aide de moyens personnels plutôt que de demander des renseignements à un professionnel de santé.

## 2.7. Les attentes des patientes concernant l'information sur la sexualité pendant la grossesse

### 2.7.1. Estimation de l'état d'information pendant la grossesse

Nous pouvons donc remarquer que 59% de la population totale (N=28) s'estime bien informée sur le sujet de la sexualité pendant la grossesse. Cette information est conforme au fait de ne pas s'être renseigné auprès d'un professionnel de santé.

Donc les informations viennent de leurs recherches personnelles.

### 2.7.2. Estimation du temps d'écoute

L'étude de l'estimation du temps d'écoute a mis en évidence que 61% des patientes de la population étudiée (N=28) estiment qu'elles non pas été bénéficiaires de temps d'écoute pendant la grossesse.

Sur ces femmes, 19% d'entre elles en auraient eu besoin.

Le besoin de ce temps d'écoute chez toutes ces patientes de l'étude est de 28%.

Ceci ne représente pas la majeure partie des patientes mais il représente environ 3 patientes sur 10. Il y aurait donc une demande de plus de temps d'écoute sur le sujet de la sexualité pendant la grossesse.

De plus, l'étude nous a aussi révélé que 32% des patientes (n=9) estiment avoir besoin de temps d'écoute et de partage sur le sujet de la sexualité pendant la grossesse.

Nous allons essayer plus tard de déterminer quelles pourraient être les populations cibles de cette information.

De plus, nous avons interrogé les patientes sur le moment de la grossesse ou du suivi de grossesse ou ce temps d'écoute est offert. 14 patientes nous ont répondu, plusieurs choix de réponses et de propositions étaient possibles

Le temps d'écoute offert aux patientes a été majoritairement donné après les consultations de suivi de grossesse (36% des patientes), pendant l'entretien prénatal (29% des réponses), pendant les cours de Préparation à l'accouchement (à 21%) et par un suivi sage-femme à domicile (14%).

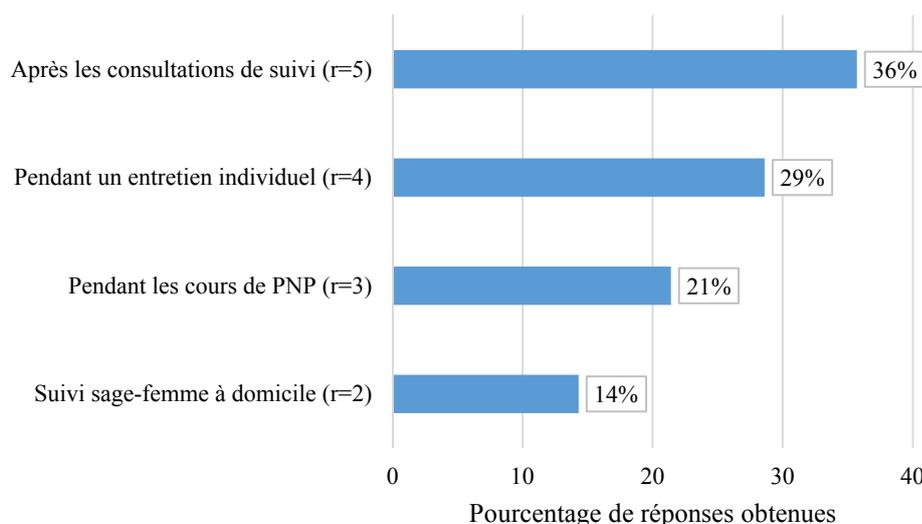


Diagramme 20 : répartition des moments où une information sur la sexualité pendant la grossesse a été donnée aux patientes (R=14)

### 2.7.3. Comment le sujet de la sexualité devrait-il être apporté ?

Selon les patientes, le sujet de la sexualité pendant la grossesse devrait être amené au cas par cas (57% des réponses obtenues des 28 patientes de l'étude). Ce qui veut donc dire que ce sont les patientes qui devraient en parler plutôt que les professionnels à aborder le sujet.

En effet, la question de la sexualité touche à l'intime d'une relation et son vécu est variable d'une patiente à l'autre : c'est ici que la capacité du professionnel de santé entre en jeu

pour pouvoir adapter son discours en fonction de la patiente présente en face de lui.

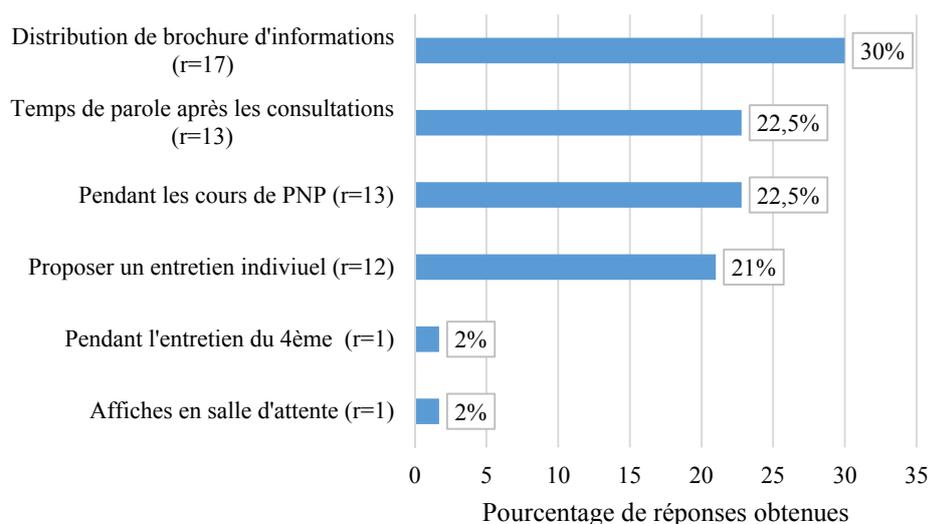


Diagramme 21 : Moyens pouvant être mis en place pour améliorer l'apport d'informations sur la sexualité pendant la grossesse (R=57)

Nous avons répertorié 57 propositions de la part des femmes enceintes de la population, plusieurs réponses étaient possibles.

Nous avons aussi demandé aux patientes comment pourrait-on aborder le sujet de la sexualité pendant la grossesse :

- 30% d'entre elles trouveraient opportun de recevoir une brochure d'informations,
- 22,5% d'entre elles pensent que le temps de parole après les consultations serait bénéfique,
- 22,5% d'entre elles pensent que le sujet pourrait être abordé pendant les cours de PNP,
- 21% d'entre elles auraient pu être intéressées par un entretien individuel,
- 2% d'entre elles estiment que le sujet devrait être abordé au cours de l'entretien du 4ème mois,
- 2% d'entre elles pensent que les affiches en salle d'attente pourraient amener plus de patientes à parler de sexualité pendant la grossesse.

Nous pouvons donc en conclure l'information pourrait être donnée par des moyens publics et plus impersonnels (brochure, affiches) et par des moyens plus personnels (entretiens individuels et suivi de grossesse.)

## 2.8. Identification de populations cibles

### 2.8.1. Influence de l'âge sur la recherche d'informations sur la sexualité pendant la grossesse

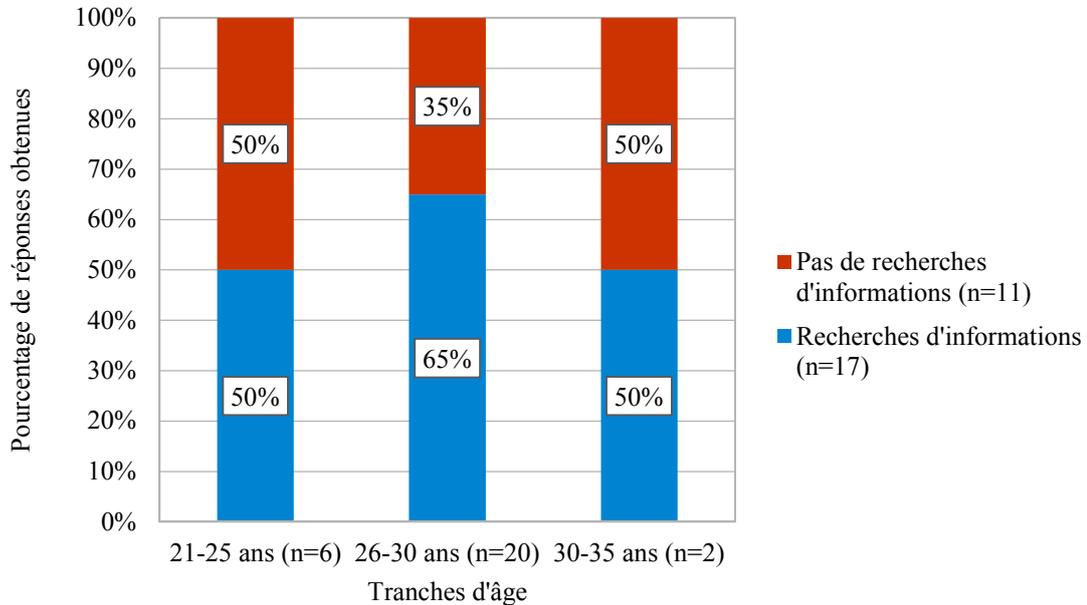


Diagramme 22 : Proportions des patientes ayant fait des recherches sur la sexualité pendant la grossesse en fonction de leur âge (N=28)

Ce diagramme montre le pourcentage de femmes qui se sont renseignés pendant la grossesse sur la sexualité. Les renseignements recherchés ont été comptabilisés avec le fruit de leur recherches personnelles et avec l'information demandée aux professionnels de santé. Nous pouvons remarquer que dans la tranche d'âge 21-25 ans, 50% des femmes se sont renseignés sur la sexualité pendant la grossesse et 50% ne l'ont pas fait. Cette classe d'âge n'est donc pas significative.

On peut remarquer exactement le même phénomène chez la tranche d'âge de 30 à 35ans. En revanche, chez les patientes âgées de 26 à 30 ans, le taux de patientes qui se sont informées sur le sujet de la sexualité pendant la grossesse est majoritaires avec 65%. Nous pourrions donc identifier une probable population cible ici.

### 2.8.2. Influence des pathologies préexistantes à la grossesse

Sur les trois patientes présentant des pathologies antérieures à la grossesse, 2 n'ont pas ressenties le besoin de faire des recherches sur la sexualité pendant la grossesse (66%). Une seule d'entre elles s'est renseignée auprès de son professionnel de santé (34%). D'après les résultats obtenus, nous ne pouvons donc pas conclure que les patientes présentant de pathologies préexistantes à la grossesse soient identifiables comme population cible.

### 2.8.3. Influence des pathologies gravidiques

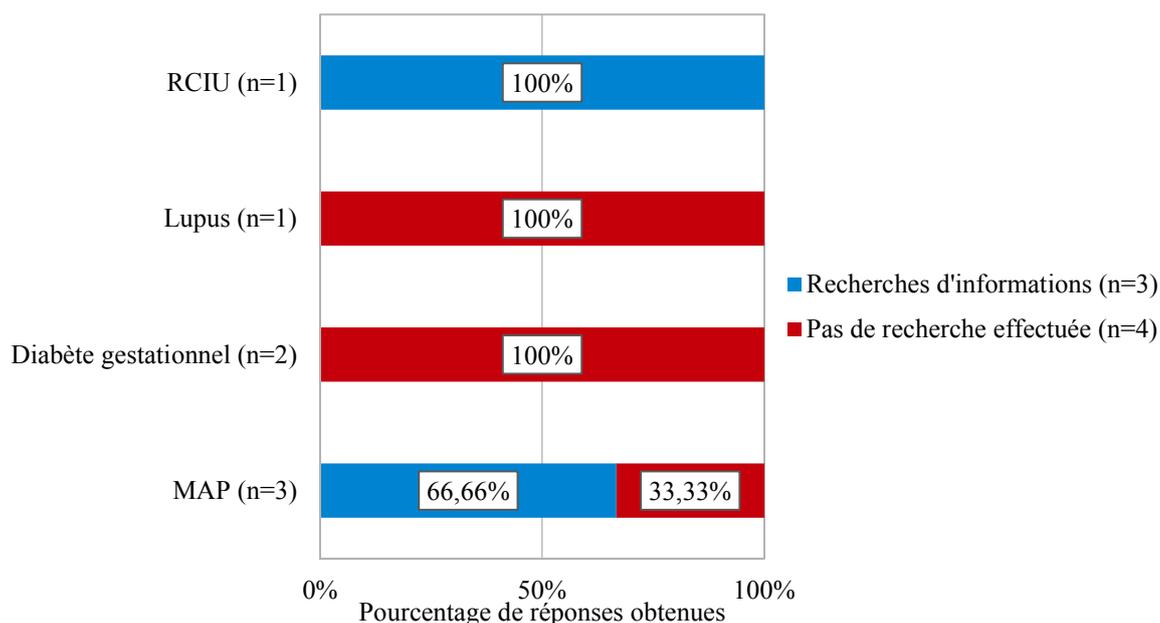


Diagramme 23 : Influence des pathologies gravidiques sur la recherche de renseignements (N=7)

Nous pouvons remarquer que certaines pathologies gravidiques favorisent la recherche d'informations sur la sexualité pendant la grossesse.

En effet, 2/3 des patientes présentant une MAP se sont renseignés sur la sexualité pendant la grossesse notamment auprès d'un professionnel de santé

La patiente dont le bébé présentait un RCIU s'est elle aussi renseigné après d'un professionnel de santé

En revanche, on peut remarquer que pour les pathologies maternelles qui ne « touchent » pas directement à la santé du fœtus comme le diabète gestationnel et le lupus, les patientes ne se renseignent pas.

La population cible identifiée ici est donc les MAP et les RCIU.

### 2.8.4. Influence du recours à la PMA

Les deux patientes de notre étude ayant eu recours à la PMA pour induire la grossesse se sont renseignés sur la sexualité pendant la grossesse avant celle-ci et pendant. Leur désir d'information est donc plus important que celui de patientes dont la grossesse a démarré spontanément.

Elles font donc partie d'une population cible.

# **PARTIE III**

# **1. Discussion de l'étude effectuée**

## **1.1. Matériel et méthode**

Le but initial de notre étude était de recueillir un grand nombre de questionnaires pour pouvoir faire l'état des lieux du besoin d'information des primipares sur la sexualité pendant la grossesse.

Or, nous n'avons réussi à récupérer que 28 questionnaires ce qui est trop peu pour pouvoir affirmer que nos résultats sont extrapolables à l'ensemble de la population des primipares. La pertinence de l'étude s'en trouve donc amoindrie.

Cependant, cet échantillon nous a permis de mettre en évidence quelques pistes de réflexion concernant les informations que recueillent les primipares avant et pendant la période gestationnelle. Leurs différentes façons de se renseigner et de s'informer peuvent donc déboucher sur des propositions d'amélioration de leurs sources d'informations.

Concernant le faible nombre de questionnaires qui nous ont été retournés, plusieurs hypothèses peuvent être explorées :

- Le manque de cabinets de sages-femmes libérales contactés. En effet, nous avons contacté quatre cabinets de sages-femmes libérales auxquelles nous avons distribué 70 questionnaires.
- Le trop grand nombre de questionnaires distribués à chacun d'eux.  
Le nombre initial de questionnaires laissés dans les cabinets de sages-femmes avaient été décidés avec les sages-femmes elles-mêmes soit par entretien téléphonique, soit par rencontre avec la professionnelle. Il semblerait donc que le nombre de questionnaires distribués ait été supérieur au nombre de primipares au troisième trimestre fréquentant respectivement les cabinets.
- Le recrutement des patientes. Il a semblé difficile aux sages-femmes qui ont accepté de nous aider de trouver des patientes primipares au dernier trimestre de la grossesse. En effet, les sages-femmes les voient souvent à cette période surtout pour les cours de PNP. La population visée par mon étude ne représentait donc qu'une petite partie de la clientèle des cabinets.  
De plus, nous nous sommes intéressés à la population même des primipares. En effet, notre idée initiale était d'interroger des patientes sans expérience de la sexualité pendant la grossesse : cela excluait donc d'emblée les multipares.
- La durée de l'étude. En effet, notre étude n'a duré que 2 mois et demi. En accumulant cette courte durée avec la difficulté de recrutement de la population étudiée, nous pouvons facilement deviner pourquoi le nombre de questionnaires est si faible.
- Le fait de ne pas nous être présenté en personne aux patientes. Nous n'avons pas pu nous présenter en personne aux femmes enceintes car l'éloignement géographique des cabinets participant à l'étude était trop important.
- Le thème de notre travail en lui-même. En effet, le thème de la sexualité pendant la grossesse peut susciter une abstinence à répondre car il est très peu abordé de manière générale, que ce soit du côté des soignants ou du côté des patientes. En effet, comme nous l'avons démontré dans notre 2<sup>ème</sup> partie, c'est un sujet très intime.

Les propositions d'amélioration qui découlent donc de l'analyse de la méthodologie sont :

- De contacter plus de cabinets de sages-femmes libérales ou de structures hospitalières qui pourraient permettre un recrutement plus large de la population étudiée.
- De ne pas surcharger en questionnaires les cabinets de sages-femmes ayant accepté de participer à l'étude c'est-à-dire de mieux sonder le nombre de questionnaires distribuables.
- De faire remplir les questionnaires sur place au cabinet de sage-femme à la place d'autoriser les patientes à le remplir chez elles. En effet, beaucoup d'entre elles n'ont jamais répondu et ramené leur questionnaire.
- Allonger la durée de l'étude afin de recruter plus de patientes.
- Inclure les multipares à l'étude. En effet, nous aurions pu évaluer le besoin et les moyens d'informations des parturientes en interrogeant toutes les femmes enceintes. Nous aurions pu ensuite extraire ceux spécifiques aux primipares.

De plus, au début de notre étude, nous voulions inclure des entretiens individuels avec les patientes à notre étude pour compléter les informations recueillies dans les questionnaires. Mais, le thème initial de notre étude étant « Grossesse et sexualité : le besoin d'information des primipares », il nous a paru plus opportun de ne réaliser que des questionnaires.

## **1.2. Les questionnaires**

Le dépouillement des questionnaires a permis la mise en évidence de nombreuses incohérences et la mise à l'écart de nombreux facteurs susceptibles d'avoir influencé la recherche d'informations sur la sexualité pendant la grossesse.

Les facteurs mis à l'écart ont été l'ethnie et la religion des personnes interrogées ainsi que la pratique de cette dernière.

En revanche, certains autres facteurs ont essayé d'être approfondis. Nous pouvons citer par exemple la recherche de l'IMC des patientes. Initialement, il nous a semblé important de calculer ce paramètre pour ensuite le corréliser la prise de poids pendant la période gestationnelle. Cette prise de poids aurait pu avoir une influence sur le vécu de la grossesse et donc sur la sexualité. Malheureusement, nous n'avons pas demandé aux patientes dans le questionnaire de mentionner cette prise pondérale : l'analyse de ce facteur était donc impossible.

De plus, nous nous sommes aperçus lors du dépouillement du questionnaire que nous n'avions pas « directement » demandé aux primipares si l'information concernant la sexualité pendant la grossesse était un besoin pour elles. En effet, la question a été posée de manière détournée. Nous nous sommes alors aperçus que nous avons seulement demandé si un professionnel de santé leur avait parlé de sexualité pendant la grossesse, si non comment s'étaient-elles informées si elles en avaient ressenti le besoin et, pour finir, comment l'information concernant la sexualité pendant la grossesse pourrait être amenée d'après elles.

Concernant les questions posées, elles étaient réparties en plusieurs catégories :

- La première s'intéressait aux renseignements et aux antécédents généraux des patientes,
- La deuxième faisait un état des lieux des informations sur la sexualité pendant la grossesse qu'elles avaient pu recueillir avant celle-ci ainsi que les appréhensions suscitées.
- La troisième partie recensait toutes les modifications de la sexualité pendant la grossesse ainsi que les informations et renseignements recueillis pendant celle-ci.
- Enfin, la dernière partie traitait de l'évaluation de leurs informations pendant la grossesse ainsi que sur des suggestions à apporter pour que l'information sur la sexualité pendant la grossesse soit amenée le plus justement possible.

De plus, plusieurs termes à connotations négatives ont été utilisés dans le questionnaire comme le mot « appréhension ». Nous pouvons donc imaginer que cette connotation a eu un impact sur la façon de répondre des patientes : ceci induit donc un biais dans mon étude.

Concernant les sous-questions, nous avons pu constater lors du dépouillement que leur nombre était trop important. Cela a donc entraîné un remplissage incomplet des questionnaires par les primipares participantes, un dépouillement difficile et une analyse moins significative du fait du manque de réponses aux sous-questions posées.

## **2. Résultats de l'étude**

### **2.1. Les biais**

Le biais principal de notre étude est dû au faible nombre de questionnaires récoltés. Cet échantillon de primipares n'est donc pas assez grand pour pouvoir affirmer que mon étude est représentative de la population globale des primipares.

Le biais de sélection est dû au fait que les patientes interrogées n'ont été recrutées que chez quelques cabinets de sages-femmes : le recul sur les pratiques professionnelles de celles-ci et des professionnels de santé avoisinant le cabinet qui peuvent aussi suivre la patiente pendant la grossesse est réduit.

Le biais d'évaluation peut aussi intervenir dans mon étude. En effet, nous ne savons pas comment les patientes ont remplis leur questionnaire. Les questionnaires ont été distribués aux patientes par les sages-femmes. Les patientes étaient chargées de le remplir chez elles et de le rapporter à la prochaine consultation mensuelle de suivi de grossesse ou à la prochaine séance de PNP. Ces questionnaires ont pu être remplis en présence de leur mari, ce qui constitue un biais d'évaluation car les réponses obtenues peuvent être faussées.

## 2.2. Les hypothèses

Notre étude était essentiellement basée sur plusieurs hypothèses :

- Il existe des modifications de la vie sexuelle chez les femmes pendant la grossesse.
- Ces modifications induisent un besoin d'information chez les primipares.
- Les patientes n'osent pas parler de ces modifications à la personne suivant leur grossesse.
- Les professionnels de santé ne parlent pas à leurs patientes de la sexualité pendant la grossesse.

Les interrogations qui en ont donc découlé sont :

- Est-ce que les patientes s'attendaient à ses modifications ?
- Comment se sont-elles informées pendant la grossesse ?

Concernant l'hypothèse des modifications sexuelles présentes pendant la grossesse, nous avons pu constater dans l'analyse de nos résultats que ces dernières sont bien présentes aussi bien au niveau de la fréquence des rapports que du changement des habitudes sexuelles. Les causes de ces modifications ont donc été approfondies pour mettre en évidence les principales difficultés que pose la sexualité pendant la période gestationnelle.

De plus, nous nous sommes intéressés aux attentes des femmes concernant la sexualité pendant la grossesse, si elles avaient conscience qu'il pouvait y avoir des changements ainsi que les craintes qu'elles pouvaient avoir.

Il émane de nos questionnaires qu'il existe bel et bien une modification de la vie sexuelle pendant la grossesse dans la population interrogée. Les éléments retrouvés pouvant jouer un rôle sur ces modifications sont approximativement les mêmes que les appréhensions répertoriées avant la grossesse. Ils seraient donc d'ordre hormonaux, physiques et psychologiques (16).

Nous pourrions donc en déduire que les appréhensions sur la sexualité ont des bases fondées. Plusieurs études internationales confirment ces modifications, notamment la baisse du désir (17) (18), la peur de blesser le fœtus (17), les dyspareunies (18). Ces études montrent aussi que le désir et la diminution des rapports sont plus conséquentes au premier et au troisième trimestre qu'au second.

Elles constatent aussi, chez certaines femmes, une augmentation du désir et des rapports pendant la grossesse (18).

Concernant l'hypothèse que les modifications de la vie sexuelle induisent chez la primipare un besoin d'information, nous avons mis en évidence une recherche accrue de renseignements sur la sexualité pendant la grossesse. Néanmoins, ces recherches sont le plus souvent le fruit de moyens personnels tels que les discussions avec l'entourage, les sites Internet, les magazines ou enfin les livres. Les professionnels de santé ne sont que très faiblement sollicités par cette demande d'information de la part des patientes. Or, nous pourrions poser la question de l'exactitude des informations qui leur sont données. De plus, le sujet de la sexualité touchant à l'intime et au vécu de chacun, ces informations sont-elles vraiment adaptées à leur besoin ?

Il en résulte que la majorité des parturientes incluses dans notre étude s'estiment bien informées sur la sexualité pendant la grossesse et ne jugent « pas utile » d'évoquer le sujet avec un professionnel de santé. Mais, il résulte aussi de notre questionnaire que certaines patientes n'ont pas osé aborder le sujet par pudeur (moins de 20% d'entre elles) et l'ont regretté au cours de leur grossesse. Pour ces femmes, une intervention de la part des professionnels de santé

aurait donc été nécessaire.

De nombreuses études confirment le fait qu'il existe une nécessité de certaines patientes à parler de sexualité pendant la grossesse : par exemple, la thèse de Mme DUCHENE PATON à Angers (16). L'étude réalisée par l'Institut de Sexologie de Prague (17) a interrogé des femmes enceintes (primipares ou multipares) sur leur sexualité pendant la grossesse : il en a résulté que 76% d'entre elles recommandent un temps de parole sur la sexualité pendant la grossesse durant celle-ci et que la moitié de ces femmes jugent l'information donnée par un professionnel de santé insuffisante.

De plus, la question du besoin d'information n'ayant pas été directement formulée sur le questionnaire, nous ne pouvons donc pas affirmer notre hypothèse. Néanmoins, au vu du nombre de patientes ayant effectué des recherches, nous pouvons en conclure que c'est un sujet en proie à de nombreuses interrogations.

Notre troisième hypothèse portait sur la difficulté des patientes à parler de sexualité avec leur professionnel de santé. Nous avons développé précédemment que de nombreuses patientes n'ont pas jugé « utile » de se renseigner sur la sexualité pendant la grossesse alors que 20% des patientes n'ont pas osé se renseigner par pudeur et l'ont regretté.

Au vu des résultats obtenus, notre troisième hypothèse est infirmée pour l'ensemble de la population des primipares interrogées. Néanmoins, il existe une pudeur chez certaines femmes vis-à-vis de la demande de renseignements sur la sexualité pendant la grossesse : les moyens qui peuvent permettre à ces femmes d'être correctement informées vont être explorés dans la troisième partie de la discussion.

La dernière hypothèse était que les professionnels de santé ne parlent pas spontanément de sexualité pendant la grossesse à aucun moment de celle-ci. En effet, notre étude a montré qu'aucune des patientes n'a reçu spontanément d'informations de la part d'un professionnel de santé.

Plusieurs hypothèses peuvent émaner de cette non-information par les professionnels de santé :

- Se sentent-ils assez à l'aise avec le sujet pour pouvoir l'aborder lors des consultations ?
- Sont-ils assez formés ?
- Attendent-ils des patientes qui ont besoin d'informations qu'elles le demandent ?
- Est-ce un oubli de leur part ?

Néanmoins, les recommandations de l'HAS (20) préconisent l'information et l'instauration d'un climat de confiance entre le professionnel de santé et la patiente le plus précocement possible pendant la grossesse afin d'identifier des situations à risque à la fois pour la mère que pour l'enfant. Il serait donc nécessaire de parler de sexualité pendant la grossesse le plus précocement possible.

Au vu de la difficulté évidente des professionnels à aborder le sujet, certaines mesures peuvent être créées et mises en place pour les aider. Elles seront développées ultérieurement dans la discussion.

### **2.3. Identification des populations cibles**

Nous avons essayé, d'après les renseignements recueillis dans les questionnaires, d'identifier des populations cibles nécessitant l'apport plus important voir systématique d'informations sur la sexualité pendant la grossesse.

L'identification des populations cibles a pu mettre en évidence que :

- La majorité des patientes qui ont effectué des recherches d'informations pendant la grossesse ont entre 26 et 30 ans.
- Certaines pathologies gravidiques touchant directement le fœtus comme la MAP et le RCIU entraînent une plus grande demande d'informations des patientes sur la sexualité pendant la grossesse non seulement par le biais de leurs moyens personnels (entourage, sites Internet, magazines, livres) mais aussi par une demande auprès de professionnels de santé.
- Le recours à la PMA. En effet, le recours des patientes à la PMA entraîne une sexualité parfois dénuée de sens, d'amour et de désir au moment de la procréation et peut, par la suite provoquer des dysfonctions sexuelles (surtout pour les couples pris en charge par la stimulation ovarienne) (21). Si la prise en charge de PMA fonctionne et que la grossesse se retrouve évolutive, la sexualité déjà modifiée par la prise en charge de PMA est totalement chamboulée pendant la grossesse. De plus, nous pouvons associer à ces dysfonctions les craintes populaires habituellement diffusées comme le fait que les rapports provoquent les fausses couches ou les malformations fœtales. Nous pouvons donc imaginer que ces discours angoissent encore plus ces couples qui nécessitent ne prise en charge pour pouvoir concevoir un enfant.

### **2.4. Les conjoints**

L'étude effectuée ne s'est pas beaucoup intéressée aux conjoints des primipares interrogées. Les concernant, nous avons pu remarquer que leurs appréhensions sont approximativement les mêmes que celles des patientes interrogées, mais, comme nous l'avons évoqué précédemment, ce sont les patientes qui ont répondu pour leur compagnon. Néanmoins, nous pourrions imaginer que ces modifications de la sexualité pendant la grossesse les touchent aussi bien que leurs conjointes et il existe aussi chez eux de nombreuses questions sans réponses.

Nous pourrions donc explorer des pistes d'amélioration des moyens d'informations des primipares pour que celles-ci puissent aussi être utilisables par les futurs pères.

Les études trouvées (17) confirment nos résultats concernant les conjoints : leur principale crainte est de blesser leur partenaire et/ou le fœtus (17).

### **3. Propositions d'amélioration des moyens d'informations**

Le questionnaire distribué demandait initialement aux patientes comment, selon elle, le thème de la sexualité de la grossesse devait être abordé. Une légère majorité des patientes (57%) pensaient que le thème devait être amené au cas par cas alors que les autres pensaient qu'il était préférable que le sujet soit apporté systématiquement.

De plus, nous avons posé aux patientes la question des moyens qui pourraient être mis en œuvre pour mieux informer les femmes enceintes sur la sexualité pendant la grossesse (distribution de brochures d'informations, affiches en salle d'attente, entretien, PNP...)

Deux façons d'approcher les patientes peuvent donc être explorées : les moyens d'information à visée collective et les moyens d'informations personnels.

#### **3.1. Les moyens d'informations à visée collective**

##### **3.1.1. Les sites Internet.**

Nombres de patientes interrogées ont utilisés Internet comme source d'informations. Nous avons donc essayé de taper « sexualité et grossesse » dans les moteurs de recherche les plus fréquemment utilisés : les sites Internet qui résultent de cette recherche sont :

- Des forums où elles peuvent librement parler des problèmes sexuels qu'elles rencontrent pendant la grossesse. Toutes les personnes qui peuvent voir leur message peuvent y répondre librement. Habituellement, ces personnes n'appartiennent pas au corps médical et leurs réponses sont souvent anxieuses et dénuées de preuve et d'étayage scientifique.

Nous pourrions donc imaginer que ces réponses peuvent faire beaucoup culpabiliser les primipares qui, en cherchant des réponses, se retrouvent complètement perdues.

- Des sites féminins qui publient des articles non scientifiques.
- Aucun article scientifique n'est affiché.

Il aurait été intéressant nommer les sites auxquelles elles pouvaient avoir recours pour se rendre compte réellement si les informations étaient correctes ou non.

Un moyen mis en place pour améliorer l'information de la sexualité pendant la grossesse via Internet pourrait être la création d'un site Web dont les sources seraient médicales et psychologiques. Ces informations pourraient être validées par des professionnels de santé (sages-femmes, médecins, sexologues, psychologues). Ce site devrait alors apparaître en premier sur les pages de résultats des principaux moteurs de recherches. Ainsi, nous saurions que les informations trouvées par les patientes sur la sexualité pendant la grossesse sont fiables.

De plus, cette page pourrait être hébergée par des sites d'informations souvent consultés par les patientes pour leurs rendez-vous, sur leurs réunions potentielles, sur le matériel à apporter à la maternité, sur l'allaitement...

### 3.1.2. Distribution de brochures d'informations

Nous pourrions également donner systématiquement aux patientes en début de grossesse une brochure d'information sur la sexualité au même titre que celles distribuées pour les recommandations hygiéno-diététiques concernant la prévention contre la toxoplasmose.

Cette brochure (ANNEXE III) pourrait être distribuée à la patiente dès sa première visite prénatale et conservée dans la pochette maternité.

Nous n'imaginons pas cette brochure d'informations comme une liste de causes des modifications sexuelles pendant la grossesse mais plutôt comme un moyen pour elles de se rassurer. En effet, la sexualité ayant une forte composante psychologique, il ne semblerait pas opportun de détailler tous les phénomènes interférant avec la sexualité pendant la grossesse.

Elle expliquerait que des modifications peuvent avoir lieu au cours de la grossesse en les détaillant succinctement trimestre par trimestre. Elle serait surtout brève et déculpabilisante auprès des femmes. Le vocabulaire utilisé y serait simple et non médical pour faciliter l'accessibilité et la compréhension de toutes les patientes.

Nous pourrions aussi ajouter à cette brochure le nom de sites internet fiables concernant la sexualité pendant la grossesse afin que les patientes puissent s'y référer.

Cette brochure pourrait aussi faciliter les professionnels de santé à aborder le sujet de la sexualité pendant la grossesse car elle pourrait leur servir de support.

### 3.1.3. Création d'affiches dans les salles d'attentes

Cette idée nous a été suggérée par une patiente lors du dépouillement du questionnaire. Là encore, les informations seraient les plus succinctes possibles.

L'affiche (ANNEXE IV) reprendrait donc les mêmes grands principes de la brochure c'est-à-dire : l'identification de la population ciblée par l'affiche, le thème de l'affiche, et la possibilité d'en parler à un professionnel de santé.

Cette affiche pourrait être diffusée dans les salles d'attentes des cabinets médicaux, dans les centres de PMI, dans les plannings familiaux...

L'image de l'affiche pourrait être remplacée par des questions ou des craintes que les femmes enceintes se posent comme : « j'ai peur de faire mal à mon bébé quand je fais l'amour avec mon mari. » « est-ce normal que je n'ai plus envie de faire l'amour ? ». Cela les aiderait pour s'identifier à cette population de femmes enceintes désireuses d'informations et leur permettrait de savoir qu'il existe ici un espace de parole où elles peuvent exprimer leur problématique librement.

### 3.1.4. Les cours de PNP

Les cours de PNP sont un lieu d'échanges d'informations entre la sage-femme et les patientes. En séance collective, bien souvent, la sage-femme animant la séance demande à chacune des parturientes comment elle se sent. Il semble donc difficile pour elles de parler de leur sexualité si le besoin s'en fait ressentir devant un groupe de parfaites inconnues.

Pour contourner ce problème, nous pourrions en tant que sages-femmes apporter l'information de la sexualité pendant la grossesse aux patientes. En effet, la première séance de préparation à la naissance en groupe reprend tous les phénomènes liés à la grossesse. Il pourrait donc être judicieux d'aborder simplement et rapidement le sujet. Cette ouverture sur le thème de la sexualité pendant la grossesse pourrait être vécue comme « un premier pas » vers une

discussion plus approfondie et personnelle du sujet.

Quelque fois, les séances de PNP peuvent être individuelles ou en couple. Ces séances seraient donc un lieu privilégié pour l'écoute et l'échange d'information. Les séances en couple peuvent aussi s'avérer utiles quant à l'éducation sexuelle de la grossesse aussi bien chez les femmes que chez les hommes. En effet, nous savons que les futurs papas se retrouvent aussi dénués que leur conjointe en matière de sexualité. Or une information du couple peuvent être pertinente.

Néanmoins, la présence du papa peut aussi gêner la patiente et celle-ci pourrait être moins disposée à nous confier ses problèmes personnels.

## **3.2. Les moyens individuels**

### **3.2.1. Le suivi prénatal mensuel**

Pendant la grossesse et au fil des mois et des consultations, s'instaure entre le professionnel de santé et la patiente une certaine confiance. La grossesse nécessite un suivi médical mensuel néanmoins, ce n'est pas une maladie : en effet, la plupart des grossesses sont physiologiques et leur suivi se passe sans particularité.

Le professionnel suivant la grossesse tient donc une place particulière dans la grossesse de la patiente : il apprend à la connaître au fur et à mesure des consultations. Il en résulte un climat de confiance favorable à la discussion qui peut donc s'orienter plus facilement sur le thème de la sexualité pendant la grossesse.

Du côté du professionnel, nous savons qu'il est difficile d'évoquer le sujet de la sexualité pendant la grossesse de but en blanc. Les brochures pourraient donc être utiles pour arriver à lancer le sujet.

De plus, à la fin de chaque consultation, une ouverture sur un temps de parole pourrait être systématiquement proposé aux patientes. Cette ouverture pourrait être formulée de la façon suivante : « Avez-vous des questions sur un sujet en particulier auxquelles je puisse répondre ? ». Cette question n'ouvrirait donc pas seulement sur le thème de la sexualité pendant la grossesse mais aussi sur une multitude d'autres.

### **3.2.2. Suivi sage-femme à domicile**

Le suivi sage-femme à domicile est souvent préconisé chez des patientes présentant des pathologies gravidiques nécessitant un suivi à domicile plus fréquent que les consultations mensuelles de suivi de grossesse. Or, notre étude a montré que les patientes présentant des pathologies gravidiques comme la MAP ou le RCIU sont plus susceptibles de demander des informations sur la sexualité pendant la grossesse.

La sage-femme venant à domicile est directement confrontée à l'intimité des femmes et du couple. Elle est donc une personne privilégiée dans la prise en charge globale de la grossesse. Tout comme pour le suivi prénatal mensuel, le sujet de la sexualité pourrait être amené avec une question ouverte permettant à la patiente de se confier.

### 3.2.3. Entretien du 4<sup>ème</sup> mois

L'entretien du 4<sup>ème</sup> mois ou entretien prénatal précoce est très courant ; il est préférablement réalisé au début de la grossesse. C'est un réel temps d'échange entre le professionnel de santé et la patiente. Celle-ci est invitée à utiliser cet espace comme elle le souhaite. Généralement, il y a un temps de présentation de la patiente où elle explique ce qu'elle attend de l'entretien. La sage-femme pourrait ensuite prendre le relais sur les différents aspects psychologiques, alimentaires et sexuels concernant la grossesse en adaptant son discours à la patiente en face d'elle.

Nous pourrions parler du conjoint : comment vit-il la grossesse? Est-ce que vous avez trouvé des différences dans votre couple ?

Le sujet de la sexualité pendant la grossesse peut être apporté de manières diverses et variées. Néanmoins, celui-ci reste un sujet intime et délicat : il est donc nécessaire de l'aborder en douceur préférentiellement quand un climat de confiance s'est installé entre la patiente et le professionnel de santé.

### **3.3. La formation des professionnels de santé**

Nous avons pu émettre que les professionnels de santé ne sont pas assez formés sur la sexualité et tout particulièrement sur la sexualité pendant la grossesse. Il semble difficile pour eux d'évoquer le sujet et d'en parler de façon spontanée et naturelle aux patientes.

Pour mieux répondre aux questions et à la demande de certaines patientes, il faut que le discours professionnel soit rassurant et « normalisant » envers les modifications et les changements sexuels qui ont lieu pendant la grossesse. Des alternatives à ces changements vécus pourraient alors être apportés aux primipares comme le fait de « remplacer » les rapports sexuels par des caresses, de baisers et des moments d'intimité où la femme retrouve sa sensualité.

La formation des professionnels de santé peut s'avérer donc nécessaire pour qu'ils puissent, à leur tour, apporter des réponses et des solutions adaptées à chaque patiente.

Les formations pourraient se faire par le biais de simulations relationnelles encadrées par des sexologues, sous la forme de cours magistraux ou encore sous la forme de « table ronde » où chacun peut discuter de son expérience. Cette année, par exemple, les 44<sup>èmes</sup> assises des sages-femmes se passent à Saint-Malo et une demi-journée entière est réservée à la sexologie sous la forme de table ronde notamment sur le thème « sexualité, grossesse et post-partum » (22).

## CONCLUSION

L'objectif de notre travail était de nous intéresser à l'information délivrée aux primipares sur la sexualité pendant la grossesse. En effet lors de nos recherches, nous avons pu constater que les modifications corporelles et psychiques sont nombreuses et affectent la sexualité pendant la grossesse.

Il ressort de notre étude que la délivrance de cette information ne se fait pas spontanément par le biais des professionnels de santé concernés par le suivi de grossesse. Néanmoins, nous avons pu nous apercevoir que les parturientes allaient elles-mêmes à la recherche d'informations par le biais leur moyens personnels (discussions avec leur entourage, Internet, livres, magazines...). Ces sources sont assez peu fiables et transportent souvent des craintes ou croyances populaires susceptibles perturber encore plus la sexualité pendant la grossesse.

Il est donc de notre rôle en tant que sage-femme, d'apporter une information juste et adaptée à la patiente assise en face de nous. Nous sommes l'interlocuteur privilégié pour les femmes enceintes car nous « partageons » avec elles tous les moments de la grossesse lors des suivis, et rentrons directement dans l'intimité des couples au moment de l'accouchement. Le post-partum est également un moment privilégié où nous accompagnons ces femmes qui entrent tout juste dans une nouvelle étape de leur vie. De plus à l'heure où le suivi gynécologique assuré par les sages-femmes est en pleine expansion, notre rôle de prévention s'en trouve renforcé.

Désormais, en tant que sages-femmes, nous pouvons suivre toutes les étapes de la vie d'une femme : de sa première visite gynécologique pour une demande de contraception à son suivi gynécologique régulier, en passant par son suivi de grossesse. Nos compétences d'écoute permettent ainsi l'instauration d'une relation de confiance. Il en résulte que nous sommes des professionnels de santé privilégiés dans l'apport de mesures de prévention et d'information, notamment en matière de sexualité chez les femmes de tous âges. Devrions-nous être mieux formés en matière de sexualité pendant notre formation initiale ? Sommes-nous assez à l'aise avec le sujet de la sexualité en général pour pouvoir en parler librement avec les patientes ? Devrions-nous jouer un plus grand rôle en matière de sexologie et de prévention dans la santé des femmes en général ?

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) GUERIN V, Evolution de la sexualité de la femme enceinte et son désir d'informations, 61p, Mémoire de sage-femme, Bourg-en-Bresse, 2002.
- (2) Université Virtuelle de Maïeutique Francophone, Modifications physiologiques de la grossesse, 2011 : <http://www.umvf.org/>
- (3) MAMI S, Sexualité et grossesse, Profession sage-Femme n°47, 198, p13-19.
- (4) DRAPPIER-FAURE E, FAURE M, Peau et grossesse, Les dossiers de l'Obstétrique n°417, p16-18.
- (5) BENET-MONDORLA N, BOILLOT E, CRETINON S, GIRARDOT A M, JENNEQUIN C, LE GOEDEC B, MALEK S, MIKELIC-DUTRIAUX T, PELLETIER-LAMBERT A, RAOUL E, SOURDET M, Sage-femme et « petits » maux de la grossesse : autres regards, autres pratiques, Collège National des Sages-femmes de France, Dossier 2012, p5-9.
- (6) DELASSUS J-M, Le corps du désir Psychanalyse de la grossesse, Éditions Dunod, Paris, 2008.
- (7) DOLTO F, Libido féminine, 2ème édition, Editions CARRERE, 1988
- (8) DELASSUS J-M, Devenir mère La naissance d'un amour, Editions Dunod, Paris, 1998.
- (9) TOINON C, Reprise de la sexualité après l'accouchement, Étude du vécu des femmes primipares, 87p, Mémoire de sage-femme, Bourg-en-Bresse, 2011.
- (10) BERNARD MR, Devenir mère Approches phénoménologique et herméneutique des réajustements identitaires féminins, Les dossiers de l'obstétrique n°388, Décembre 2009, p12-24.
- (11) RUOL K-L, L'amour en attendant, Les dossiers de l'obstétrique n°279, Janvier 2000, extraits de mémoire de sage-femme, p5-21.
- (12) FOUCAN D, Naissance et Maternité, UE Sciences Humaines et Sociales, année scolaire 2013/2014.
- (13) Dr BARQUERO, Physiologie de l'acte sexuel, UE Gynécologie, année scolaire 2012/2013.
- (14) SOUCHE L, Maternité et Sexualité, UE Gynécologie, année scolaire 2015/2016.
- (15) NADJAFIZARED M, Sexualité durant la grossesse et le post-partum, Vocation sage-femme n°86-87, Novembre-Décembre 2010, p21-25.

- (16) DUCHÈNE-PATON, AM, Ce que veulent les femmes : attentes des femmes enceintes au troisième trimestre envers leur soignant quant à leurs vécus et leurs représentations de la sexualité, 68p, Thèse de Médecine Générale, Angers, 2013.
- (17) BRTNICKA H, WEISS P, ZVERINA J, Human sexuality during pregnancy and postpartum period, Bratisl Lek Listy, Institut de Sexologie, Prague, République Tchèque, 2009.
- (18) RYDING EL, Sexuality during and after pregnancy, Acta Obstet Gynecol Scand, 1984.
- (19) HANAFY S, SCOUR NE, MOSTAFA T, Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters : an Egyptian Study, Sex Health, Juillet 2014.
- (20) Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé, HAS.
- (21) SOUCHE L, PMA et Sexualité, UE Gynécologie, année scolaire 2015/2016.
- (22) Assises Nationales des Sages-femmes, site officiel : <http://www.assises-sages-femmes.eu/>

# BIBLIOGRAPHIE

## Articles consultés

- BENET-MONDORLA N, BOILLOT E, CRETINON S, GIRARDOT A M, JENNEQUIN C, LE GOEDEC B, MALEK S, MIKELIC-DUTRIAX T, PELLETIER-LAMBERT A, RAOUL E, SOURDET M, Sage-femme et « petits » maux de la grossesse : autres regards, autres pratiques, Collège National des Sages-femmes de France, Dossier 2012, p5-9.
- BERNARD MR, Devenir mère Approches phénoménologique et herméneutique des réajustements identitaires féminins, Les dossiers de l'obstétrique n°388, Décembre 2009, p12-24.
- BRNICKA H, WEISS P, ZVERINA J, Human sexuality during pregnancy and post-partum period, Bratisl Lek Listy, Institut de Sexologie, Prague, République Tchèque, 2009.
- DRAPPIER-FAURE E, FAURE M, Peau et grossesse, Les dossiers de l'Obstétrique n°417, p16-18.
- HANAFY S, SCOUR NE, MOSTAFA T, Female sexual dysfunction across the three pregnancy trimesters : an Egyptian Study, Sex Health, Juillet 2014.
- MAMI S, Sexualité et grossesse, Profession sage-Femme n°47, 198, p13-19.
- NADJAFIZARED M, Sexualité durant la grossesse et le post-partum, Vocation sage-femme n°86-87, Novembre-Décembre 2010, p21-25.
- RUOL K-L, L'amour en attendant, Les dossiers de l'obstétrique n°279, Janvier 2000, extraits de mémoire de sage-femme, p5-21.
- RYDING EL, Sexuality during and after pregnancy, Acta Obstet Gynecol Scand, 1984.

## Mémoires et thèses

- DUCHÈNE-PATON, AM, Ce que veulent les femmes : attentes des femmes enceintes au troisième trimestre envers leur soignant quant à leurs vécus et leurs représentations de la sexualité, 68p, Thèse de Médecine Générale, Angers, 2013.
- GUERIN V, Evolution de la sexualité de la femme enceinte et son désir d'informations, 61p, Mémoire de sage-femme, Bourg-en-Bresse, 2002.
- TOINON C, Reprise de la sexualité après l'accouchement, Étude du vécu des femmes primipares, 87p, Mémoire de sage-femme, Bourg-en-Bresse, 2011.

## Ouvrages

- DELASSUS J-M, Devenir mère La naissance d'un amour, Editions Dunod, Paris, 1998.
- DELASSUS J-M, Le corps du désir Psychanalyse de la grossesse, Éditions Dunod, Paris, 2008.
- DOLTO F, Libido féminine, 2ème édition, Editions CARRERE, 1988.

## Recommandations professionnelles

- Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé, HAS

### **Sites Internet :**

- Assises Nationales des Sages-femmes, site officiel : <http://www.assises-sages-femmes.eu/>
- Société Française de Sexologie Clinique : [www.sfsc.fr](http://www.sfsc.fr)
- Société Francophone de Médecine Sexuelle : [www.sfms.fr](http://www.sfms.fr)
- Université Virtuelle de Maïeutique Francophone, Modifications physiologiques de la grossesse, 2011 : <http://www.umvf.org/>

### **Cours magistraux dispensés à l'école de sages-femmes de Bourg-en-Bresse**

- FOUCAN D, Naissance et Maternité, UE Sciences Humaines et Sociales, année scolaire 2013/2014.
- Dr BARQUERO, Physiologie de l'acte sexuel, UE Gynécologie, année scolaire 2012/2013.
- SOUCHE L, Maternité et Sexualité, UE Gynécologie, année scolaire 2015/2016.
- SOUCHE L, PMA et Sexualité, UE Gynécologie, année scolaire 2015/2015.

# ANNEXES

## ANNEXE I : Questionnaire

Marine Delion (étudiante sage-femme 5ème année)  
Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

### Questionnaire : **Grossesse et sexualité :** **le besoin d'information des primipares**

DATE : ...../...../..... terme de la grossesse : .....  
Taille : .....  
Poids avant la grossesse :.....

#### Vous concernant :

- Quel âge avez-vous ? .....
- Avez-vous des problèmes de santé en dehors de la grossesse ?
  - Oui. Lesquels ?.....
  - Non
- Avez-vous eu recours à la Procréation Médicalement assistée ?
  - Oui. Quelle Méthode a été efficace ?.....
  - Non
  - Si oui, combien y-a t'il eu de tentatives ?.....
- Avez-vous déjà vécu une fausse couche spontanée ?.....
  - Oui. À quel terme ?.....
  - Non
  - Une Interruption de grossesse tardive pour motif médical ?
    - Oui. En quelle année ?.....
    - Non
- Avez-vous déjà eu recours à une Interruption Volontaire de Grossesse ?
  - Oui. En quelle année ?.....
  - Non
- Votre grossesse actuelle était-elle programmée ou fortuite ?
  - Programmée
  - Fortuite

**Avant votre grossesse :**

- Aviez-vous déjà envisagé que la sexualité puisse être différente pendant la grossesse ?

Oui

Non

Si oui, sur quels critères ?

Fréquence des rapports

Diminution

Augmentation

Arrêt

Positions différentes

Autres .....

- Aviez-vous déjà parlé de sexualité pendant la grossesse sans être enceinte ?

Non

Oui. Avec qui ?

votre conjoint

vos ami(e)s

des amies enceintes

un professionnel de santé

Sage-femme

Médecin

Sexologue

Autres.....

un de vos parents

Autres.....

- Vous étiez-vous renseigné sur la sexualité pendant la grossesse ?

Oui

Non

Si oui, par quels moyens ?

Internet

Magazines

Autres .....

- Pour vous, la sexualité pendant la grossesse suscitait-elle des appréhensions ?
  - Oui
  - Non

Si oui,  
 lesquelles ?.....

- En ce qui concerne votre conjoint, pensez-vous qu'il avait envisagé que la sexualité puisse être différente pendant la grossesse ?
  - Oui
  - Non

Avait-il des appréhensions ?
 

- Oui.

Lesquelles ?.....  
 Non

**Pendant votre grossesse :**

- Votre grossesse se déroule-t-elle normalement ou rencontrez vous des pathologies ?
  - La grossesse se passe normalement.
  - Menace d'Accouchement Prématuro (MAP)
  - Hypertension Artérielle
  - Diabète Gestationnel
  - Accident de la Voie Publique
  - Retard de Croissance Intra-Utérin
  - Autres.....

- Trouvez-vous que la sexualité est différente pendant la grossesse ?
  - Oui
  - Non
 Si oui, quand ?
  - 1er trimestre
  - 2ème trimestre
  - 3ème trimestre

- La grossesse a-t-elle modifiée la fréquence des rapports sexuels ?
  - Oui
  - Non
 Si oui, comment ?
  - Arrêt. Quand ?.....  
 Pourquoi ?.....
  - Diminution. Quand ?.....  
 Pourquoi ?.....
  - Augmentation. Quand ?.....  
 Pourquoi ?.....

- La grossesse a-t-elle modifié vos habitudes sexuelles ?
  - Oui
  - Non
  - Si oui, comment ?
    - Positions
    - Autres.....
    - Pourquoi ?
      - Modifications corporelles
      - Douleurs
      -
- Autres.....

- Ces changements d'habitudes ont-ils été décidés/proposés :
  - Par vous
  - Par votre conjoint
  - Conjointement
  - Comment cette décision a-t-elle été vécue au sein de votre couple ?
    - Satisfaction/Épanouissement ? Pour qui ?
      - Vous
      - Lui
    - Frustration ? Pour qui ?
      - Vous
      - Lui
    - Culpabilité ? Pour qui ?
      - Vous
      - Lui
    -
  - Autres ?.....

- Vous êtes vous renseigné sur la sexualité pendant la grossesse ?
  - Oui
  - Non
  - Si oui, par quels moyens ?
    - Internet
    - Magazines
    - Ami(e)s
    - Amies enceintes
    - Parent(s)
    - Autres.....

- Vous êtes-vous renseignée auprès d'un professionnel de santé :
  - Oui
  - Non
 Si oui,
  - Qui était-ce ?
  - La sage-femme ou le médecin suivant votre grossesse
  - La sage-femme s'occupant de votre Préparation à l'Accouchement
  - Un(e) sexologue
  - Autres.....
  - À quel moment ?.....
  - Étiez vous mal à l'aise pour en parler ?
  - Oui. Pourquoi ?.....
  - Non
 Si non,
  - Pourquoi ?.....
  - le regrettez-vous ?
  - Oui
  - Non
  
- Avez vous reçu des informations sur la sexualité pendant la grossesse par un professionnel de santé sans que vous l'ayez demandé ?
  - Oui
  - Non
 Avez vous trouvé cela intrusif ?
  - Oui.
 Pourquoi ?.....
  - Non

**Selon vous...**

- A votre avis, aviez-vous toutes les informations nécessaires pour faire face à ces changements si il y en a eu ?
  - Oui
  - Non
  
- Avez-vous bénéficié de temps d'écoute sur la sexualité pendant la grossesse ?
  - Oui
  - Non
 En avez-vous besoin ?
  - Oui
  - Non
 Si oui, quand ?
  - Fin des consultations mensuelles
  - Entretien individuel
  - Cours de Préparation à l'accouchement
  - Sage-femme à domicile
  - Autres.....

- Selon vous, le thème de la sexualité pendant la grossesse doit-t-elle être abordé systématiquement par les professionnels de santé ou plutôt au cas par cas ?
    - Systématiquement
    - au cas par cas
  
  - à votre avis, comment pourrait-on donner des informations sur la sexualité aux femmes qui en ont besoin sans être trop intrusif ?
    - Temps de parole après les consultations
      - Pendant les cours de Préparation à l'accouchement
      - Proposer un entretien individuel
      - Distribution de brochures d'information
      -
- Autres.....

**Je vous remercie d'avoir répondu à mon questionnaire et  
vous souhaite une bonne fin de grossesse  
Marine DELION (étudiante sage-femme)**

## ANNEXE II : Information de distribution du questionnaire

Marine Delion (étudiante sage-femme)

### INFORMATION QUESTIONNAIRE : Grossesse et sexualité, le besoin d'information des primipares

Bonjour,

Actuellement en dernière année de formation à l'école de sage-femme de Bourg-en-Bresse, je réalise un mémoire sur le besoin d'information sur la sexualité chez des patientes attendant leur premier enfant.

Ce questionnaire s'adresse aux patientes en fin de grossesse (8ème ou 9ème mois) et ne demande que **10 à 15 minutes** pour y répondre.

Ce questionnaire est **anonyme**, néanmoins je souhaiterais aussi rencontrer certaines d'entre vous pour un entretien individuel afin d'approfondir mes recherches. Pour cela et si vous le souhaitez, je vous invite à me laisser vos coordonnées ci-dessous.

**Merci d'avance pour votre participation à mon étude.**

Cordialement,

Marine Delion (étudiante sage-femme)

.....

Nom :

Prénom :

Adresse E-mail :

numéro de téléphone :

## ANNEXE III : Proposition de brochures d'information

---

# SEXUALITE ET GROSSESSE

---

Madame, vous êtes enceinte. Félicitations !

Savez-vous que la grossesse peut entraîner des modifications de la sexualité ?

Généralement, au **premier trimestre**, les rapports sont susceptibles de diminuer. Les signes de grossesse (nausées, vomissements, fatigue, tension mammaire, douleurs ligamentaires...) vous ennuient et la sexualité est souvent mise à l'écart.

De plus, ne vous inquiétez pas pour votre bébé, les rapports sexuels pendant cette période ne sont pas responsables de fausses couches ou de malformations.

Au **deuxième trimestre**, vous retrouvez généralement votre forme et la sexualité s'en trouvera épanouie. Néanmoins, vous pouvez être gênée par la présence des mouvements de votre bébé et par des contractions lors de rapports. Ces dernières sont provoquées par une décharge d'ocytocine. C'est l'hormone du plaisir.

Au **troisième trimestre**, les changements du corps et la fatigue entraînent généralement une baisse de la fréquence des rapports.

Ces modifications de la sexualité concernent aussi votre conjoint : parlez-en entre vous.

Si des questions restent sans réponses, parlez-en à votre **sage-femme** ou votre **médecin**.

Vous pouvez aussi consulter les sites Internet suivants :

- [www.sexualitéetgrossesse.com](http://www.sexualitéetgrossesse.com)

NB : le site ci-dessus n'existe pas

## ANNEXE IV : Proposition d'affiche

---

### VOUS ETES ENCEINTE ?

---

Vous pouvez rencontrer des modifications de la sexualité pendant la grossesse...

*« J'ai peur de blesser mon bébé lors des rapports avec mon mari »*

**« Est-ce normal que j'ai moins envie de faire l'amour ? »**

*« J'ai des sensations bizarres... »*

Si besoin, n'hésitez pas à en parler avec votre **sage-femme** ou votre **médecin**.



## **RESUME**

L'étude effectuée dans ce mémoire concerne le besoin d'informations des primipares sur la sexualité pendant la grossesse en 2016. En effet, nous avons pu observer lors de nos différents stages que le sujet était peu ou pas évoqué pendant la grossesse.

Nous avons choisi de quantifier ce besoin par une enquête prospective au moyen de questionnaires distribués dans différents cabinets de sages-femmes de l'Ain. Il résulte du dépouillement de ces questionnaires que les femmes attendant leur premier enfant se renseignent sur la grossesse par le biais de moyens personnels (Internet, magazines, livres, discussion avec l'entourage). Peu de patientes ont ressenti le besoin d'en parler à un professionnel de santé. De plus, aucune information ne leur a été donnée de la part de ces derniers.

L'analyse des résultats de l'étude a amené une réflexion sur l'amélioration des moyens de recherches personnels des primipares notamment concernant Internet où les informations sont multiples et variés mais malheureusement souvent erronées et parfois culpabilisantes. De plus, des moyens d'information collectifs pouvant être distribués aux professionnels de santé ont été recherchés comme des brochures d'informations ou des affiches. Des pistes de réflexion ont aussi été approfondies sur la formation des professionnels de santé concernés par la grossesse sur la sexualité pendant cette période.

## **TITRE**

Grossesse et sexualité : l'information des primipares

## **MOTS-CLES**

Grossesse – Sexualité – Primipares - Information

## **ADRESSE DE L'AUTEUR**

Marine DELION  
23 rue du Docteur Hudellet  
01000 Bourg-en-Bresse