

La sexualité des couples durant la grossesse

Mémoire de fin d'étude

Travail de Bachelor

CHAVAZ Laura

Matricule : 12200010

PARISOD Mallika

Matricule : 09417437

Directrice : Caroline CHAUTEMS – anthropologue de la naissance, UNIL

Experte enseignante : Barbara KAISER - responsable filière sage-femme, HEdS

Experte de terrain : Juliette MORLAND - sage-femme praticienne formatrice, CHUV

Haute école de Santé de Genève

Août 2018



Déclaration sur l'honneur

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteures et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques ».

Août 2018

Laura Chavaz & Mallika Parisod

Remerciements

Plusieurs personnes ont contribué à la réalisation de ce travail de Bachelor. Nous tenons à les remercier.

- Caroline Chautems, directrice de mémoire, qui nous a accompagnées et guidées durant ce travail. Ses remarques et conseils ont été précieux. Nous sommes particulièrement reconnaissantes pour sa disponibilité et sa bienveillance.
- Juliette Morland, sage-femme experte de terrain, pour sa disponibilité et conseils qui ont contribué à alimenter notre réflexion pour le retour dans la pratique.
- Barbara Kaiser, sage-femme experte enseignante, pour avoir accepté d'assurer ce rôle.

Nous remercions également les relectrices de notre travail, Françoise et Sylvie, qui ont contribué à sa qualité.

Pour finir, nous remercions chaleureusement nos familles et amis qui nous ont soutenues et encouragées pendant la réalisation de ce travail, mais aussi pendant les trois années de formation.

Nous tenons à adresser un merci particulier à Eddy et à Jimmy.

Résumé et mots-clés

Cadre de référence : la sexualité au cours de la grossesse est un sujet peu abordé dans notre société. Les femmes/couples ont peu de connaissances à ce sujet et ne sont pas conscients des effets de la grossesse sur la fonction sexuelle. Ce manque de savoir et d'information peut entraîner des représentations erronées sur l'expérience de la sexualité au cours de la grossesse. Ce travail prend en compte la grossesse dans sa totalité.

Objectif : l'objectif de ce travail est de déterminer l'influence des modifications physiologiques inhérentes à la grossesse, ainsi que l'incidence des croyances et des représentations liées à cet état sur la sexualité des couples. En étudiant la question des changements sexuels pendant la grossesse et de leur variation d'un trimestre à l'autre, nous avons poursuivi le but de développer des connaissances spécifiques à chacun de ceux-ci afin d'élaborer une prise en charge correspondant aux fluctuations de la vie sexuelle des couples et de prodiguer des informations et des conseils adaptés à chaque trimestre.

Méthode : ce travail consiste en une revue de littérature composée de cinq articles sélectionnés à partir de moteurs de recherche, tels que PUB MED®, CINAHL® et S®. Ces cinq articles comportent quatre études quantitatives descriptives et une étude qualitative. Elles ont été menées au Brésil, aux Philippines, en Croatie, en Turquie et en Israël sur une période s'étalant de 2005 à 2014.

Résultats : Les cinq études rapportent une baisse du désir ainsi que de la fréquence des rapports sexuels avec pénétration durant la grossesse. Les pratiques intimes des couples représentent un aspect important de leur sexualité. Les articles soulignent une influence marquée des croyances et représentations sur la fonction sexuelle durant la grossesse.

Conclusion : La fonction sexuelle tend à diminuer durant la grossesse sans que cela soit forcément perçu comme négatif par les couples. Le partage d'informations concernant la sexualité pendant la grossesse de la part des professionnels de la santé est nécessaire afin d'éviter les croyances erronées et de permettre aux couples d'appréhender au mieux les changements inhérents à cette période de vie.

Mots-clés : Sexualité, grossesse, couple, trimestre, croyances

Abréviations

CPN : consultations prénatales

IMC : indice de masse corporelle

RS : rapport sexuel

SA : semaine(s) d'aménorrhée

Table des matières

I. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	8
II. CADRE DE RÉFÉRENCES THÉORIQUES	13
DÉFINITIONS	14
LA SEXOLOGIE, UNE DISCIPLINE VARIABLE ET ÉVOLUTIVE EN FONCTION DES CONTEXTES NATIONAUX	16
NAISSANCE DE LA DISCIPLINE	16
DÉFINITIONS VARIABLES DE LA SEXOLOGIE	16
SEXUALITÉ DANS UN CONTEXTE EURO-AMÉRICAIN	18
SEXUALITÉ ET GROSSESSE	19
LES MODIFICATIONS PHYSIOLOGIQUES DE LA GROSSESSE ET LEUR INFLUENCE SUR LA SEXUALITÉ	20
LES CONTRE-INDICATIONS À LA SEXUALITÉ DURANT LA GROSSESSE	22
NORMES SOCIALES ET SEXUALITÉ	23
CROYANCES ET REPRÉSENTATIONS ET LEUR INFLUENCE SUR LA SEXUALITÉ	23
FACTEURS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	25
BÉNÉFICES AU MAINTIEN DE LA SANTÉ SEXUELLE PENDANT LA GROSSESSE	26
LE RÔLE DU PÈRE ET SON VÉCU DE LA SEXUALITÉ DURANT LA GROSSESSE	26
III. PROBLÉMATIQUE	29
IV. DIMENSION ÉTHIQUE	32
V. MÉTHODE : RECHERCHE DE LITTÉRATURE	34
DÉTERMINATION DES MOTS-CLÉS	35
BASES DE DONNÉES	37
CRITÈRES D'INCLUSION ET EXCLUSION	40
NOTRE REVUE DE LITTÉRATURE	41
DURÉE DE LA REVUE DE LITTÉRATURE	41
FORCES, LIMITES ET CONTRAINTES DE LA RECHERCHE DE LITTÉRATURE	41
RECHERCHE DE LITTÉRATURE DE RÉFÉRENCE	43
DIMENSION ÉTHIQUE	44
DESCRIPTION DE LA REVUE DE LITTÉRATURE	45
ANALYSE ÉTHIQUE DES CINQ ARTICLES SÉLECTIONNÉS	52
FORCES ET LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE	53
ECHANTILLON	53
DESIGN	54
MÉTHODOLOGIE	54
VI. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	56
L'IMPACT DE LA GROSSESSE SUR LE DÉSIR SEXUEL DES COUPLES	57
L'IMPACT DE LA GROSSESSE SUR LES PRATIQUES INTIMES ET SEXUELLES SANS PÉNÉTRATION	57
L'IMPACT DE LA GROSSESSE SUR LES PRATIQUES SEXUELLES AVEC PÉNÉTRATION	58
FRÉQUENCE DES RAPPORTS SEXUELS	58
FONCTION SEXUELLE	60
SATISFACTION SEXUELLE (GÉNÉRALE: ASPECTS SEXUELS MAIS ÉGALEMENT RELATIONNELS)	60
L'INFLUENCE ET LE RÔLE DES SOIGNANTS	61
VII. DISCUSSION	62
DISCUSSION	63
DÉSIR SEXUEL ET LIBIDO	63

LES PRATIQUES INTIMES ET SEXUELLES SANS PÉNÉTRATION	63
LES PRATIQUES SEXUELLES AVEC PÉNÉTRATION	64
CROYANCES ET REPRÉSENTATIONS	64
SATISFACTION SEXUELLE	65
L'INFLUENCE ET LE RÔLE DES SOIGNANTS	66
RETOUR DANS LA PRATIQUE	66
UN MANQUE DE FORMATION	67
UNE INFORMATION VÉRIFIÉE	68
UNE RELATION DE CONFIANCE ENTRE LA SAGE-FEMME ET LE COUPLE	70
QUAND DISPENSER L'INFORMATION	71
FORCES ET LIMITES DE NOTRE TRAVAIL	72
POINTS FORTS DE NOTRE TRAVAIL	72
LIMITES DE NOTRE TRAVAIL	72
VIII. CONCLUSION	73
IX. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	76
X. BIBLIOGRAPHIE	85

I. Questionnement professionnel

La grossesse est caractérisée par des changements physiques, psychologiques et hormonaux fortement corrélés à la fonction sexuelle. Une fonction sexuelle diminuée peut être induite par des facteurs tels qu'un niveau d'éducation bas, une grossesse non désirée, un âge plus avancé, un stade avancé de la grossesse, une relation de longue durée, (Abouzari-Gazafroodi, Najafi, Kazemnejad, Rahnama & Montazri, 2015) un inconfort physique, la peur pour la santé du bébé, une recommandation médicale, un sentiment de perte d'attractivité et des dyspareunies (Aslan, Aslan, Kizilyar, Isaphi & Esen, 2005).

La sexualité au cours de la grossesse est un sujet peu abordé dans notre société. Les femmes ne possèdent que peu de connaissances à ce sujet, voire aucune et ne sont de manière générale pas conscientes des effets de la grossesse sur la fonction sexuelle. Ce manque d'éducation et d'information peut entraîner des représentations erronées sur l'activité et la satisfaction sexuelle au cours de la grossesse, comme par exemple la peur de l'accouchement prématuré ou la peur de blesser le bébé (Serati et al., 2010).

Lors de notre formation bachelor sage-femme, le thème de la sexualité a été abordé de différentes manières. Nous avons eu l'opportunité d'acquérir des connaissances concernant la sexualité durant la grossesse grâce à l'apport de différents regards professionnels.

Nous avons notamment assisté à l'intervention d'une gynécologue spécialisée dans les consultations de fertilité des couples, ainsi qu'à une présentation théorique de la sexologue Patrizia Anex. Celle-ci a observé dans sa pratique les changements de comportement des couples face à la sexualité durant la grossesse. Elle souligne leur diversité et leur complexité ainsi que leur évolution au cours des trimestres de grossesse. Les notions théoriques qu'elle nous a apportées sur les bouleversements tant physiques que psychiques ont donné lieu à des conseils et informations aux couples indispensables pour une appréhension optimale de ces changements, à la faveur d'une meilleure communication entre les deux partenaires.

Pourtant, lors de nos stages pratiques, nous avons pu observer que la thématique de la sexualité au cours de la grossesse ainsi que les conseils et les informations s'y référant étaient très peu abordés durant les consultations prénatales.

Les professionnels de la santé privilégient en effet les conseils de prévention relatifs à l'alimentation, la prise de poids, le sport ou le droit du travail. Le thème de l'intimité au sein du couple n'est pas évoqué sous l'angle de la prévention de la santé, ni sous forme de questions de routine lors des consultations, ni même spontanément par les patientes elles-mêmes.

Les seules recommandations dont nous avons pu être témoins touchent à la sexualité durant le post-partum et restent relativement sommaires. Les gynécologues conseillent ainsi d'attendre six semaines avant la reprise des rapports sexuels, et dans le cas de rapports ayant eu lieu avant le premier rendez-vous médical post-partum, ceux-ci rappellent l'importance de la contraception.

Dans notre pratique, nous avons donc constaté un fossé entre les connaissances actuelles en matière de sexualité durant la grossesse que nous avons acquises au cours de notre formation et celles qui sont transmises aux couples par les professionnels de la santé. Il est en effet paradoxal d'observer que les professionnels en périnatalité, sages-femmes et gynécologues, soient proches des couples lors des étapes du passage à la parentalité, pénétrant ainsi dans leur sphère intime, alors que le sujet de la sexualité n'est pas abordé lors des consultations de grossesse et seulement de manière succincte lors du retour à domicile au terme du séjour hospitalier.

Selon Lowenstein, Mustafa, & Burke (2013), une étude a récemment montré que seulement 17% des gynécologues-obstétriciens abordent le sujet de la santé sexuelle avec leurs patientes, un élément anamnestique pourtant essentiel dans la prise en charge globale de la grossesse. La plupart d'entre eux ne se sentent pas à l'aise d'aborder ce sujet avec leurs patientes et avouent manquer de savoir spécifique et de techniques de communication adéquates pour prendre en charge une éventuelle dysfonction sexuelle. Les auteurs ajoutent qu'il serait souhaitable d'engager une conversation ouverte avec les couples afin de s'assurer de leur bien-être sexuel au cours de la grossesse.

De manière analogue, Staruch, Kucharczyk, Zawadzka, Wielgos & Szymusik (2016) affirment que traiter du concept de santé sexuelle avec les couples devrait faire partie du cahier des charges des sage-femmes et des gynécologues-obstétriciens. Lowenstein et al. (2013) concluent que les femmes devraient recevoir une meilleure information à ce sujet et plus particulièrement concernant le type d'activité sexuelle

qu'il est conseillé de pratiquer ou non durant la grossesse¹. Ils en déduisent également que les professionnels de la santé, et plus particulièrement les gynécologues et les sage-femmes, auraient besoin d'être formés spécifiquement afin de se sentir à l'aise pour échanger autour de cette thématique de la sexualité avec les couples mais également pour répondre aux diverses questions de manière adéquate.

Compte tenu de ces constatations, nous avons souhaité élargir notre compréhension et notre bagage théorique sur les facteurs influençant la sexualité des couples au cours de la grossesse d'une part et leur impact sur les différents aspects de la fonction sexuelle d'autre part. Dans la perspective de notre futur rôle de professionnelles de la santé des femmes et des couples, nous désirons développer nos connaissances et pouvoir apporter aux futurs parents un encadrement de qualité et des réponses appropriées. Cette approche préventive nous paraît primordiale tant à court terme - durant la période de la grossesse – qu'à long terme, durant les mois et années suivant la naissance de l'enfant. En effet, un bon vécu de la sexualité durant la grossesse semble constituer un indicateur de stabilité du couple. Selon Corbacioglu Esmer, Akca, Akbayir, Goksedef & Bakir (2013), les couples satisfaits de leur sexualité durant la grossesse sont en général plus heureux dans leur relation quatre mois après la naissance de leur enfant et plus stables trois ans plus tard.

Suite à une première revue de la littérature, nous avons pu constater que la documentation traitant de la sexualité au cours de la grossesse et pendant la période du post-partum était riche et que de nombreuses études portant sur ce sujet avaient été menées. Nous avons donc décidé de nous concentrer sur certains aspects que nous tenons à investiguer plus particulièrement.

Le rôle de la sage-femme consiste à accompagner les femmes et les couples et à en prendre soin afin de les préparer à la naissance et au processus de parentalité. Cette approche se voulant globale, il nous paraît pertinent de nous intéresser à la sexualité du couple dans sa totalité et pas uniquement à celle de la femme enceinte.

¹ Lors de grossesses physiologiques il n'y a pas de contre-indications concernant l'activité sexuelle. Il faut se référer aux professionnels de la santé en cas de facteurs de risques. Cet aspect sera développé dans le contexte théorique, p22.

Par ailleurs, nous avons choisi de nous focaliser sur la période prénatale et non sur celle du post-partum. En effet, la grossesse est rythmée par des consultations prénatales spécifiques à chaque trimestre. En étudiant la question des changements au niveau de la sexualité pendant la grossesse et de ses variations entre les différents trimestres, nous avons poursuivi le but de développer des connaissances spécifiques à chacun d'eux. Cela devrait nous permettre par la suite d'élaborer une prise en charge correspondant aux fluctuations de la vie sexuelle des couples, en prodiguant des informations et des conseils adaptés à chaque trimestre.

L'acquisition de nouvelles connaissances à la faveur de ce travail combinée aux différentes techniques de communication assimilées et exercées au cours de notre formation nous permettrait ainsi, comme le recommandent Lowenstein et al. (2013), de traiter le sujet de la sexualité du couple au cours de la grossesse au même titre que les autres thèmes abordés habituellement durant cette période.

II. Cadre de références théoriques

Définitions

Pour ce travail, nous avons décidé de regrouper les termes concernant la sexualité utilisés dans la littérature scientifique. Nous les clarifions et les ordonnons en utilisant la définition qui nous semble la plus appropriée. Nous avons choisi de définir certains mots selon les dictionnaires scientifiques et, pour des notions qui n'y sont pas traitées, créer nos propres définitions.

Activité sexuelle

Expérience et expression de la somme des pratiques sexuelles d'un individu ou du couple.

Coït²

« "Union des sexes pour la génération". Rapport sexuel » (Garnier & Delamare, 2012, p.188) et « union charnelle entre l'homme et la femme ; copulation » (Quevauvilliers, Somogyl & Fingerhut, 2004, p.200).

Synonyme : acte sexuel, rapport sexuel, relation sexuelle (synonymes proposés par les auteures de ce travail).

Désir sexuel

Désir d'engager une activité sexuelle avec autrui (définition personnelle par les auteures de ce travail).

Fonction sexuelle

Comprend les composantes suivantes: désir sexuel, orgasme, satisfaction sexuelle, dyspareunie, excitation et lubrification. Le questionnaire international FSFI (The Female Sexual Function Index) évalue la fonction sexuelle selon ces six aspects (Rosen et al., 2000).

Libido

« Energie qui anime l'instinct de la recherche du plaisir » (Garnier & Delamare, 2012, p.508), qui entraîne le *désir sexuel*.

² Traduction libre du terme anglais "intercourse" (définition personnelle par les auteures de ce travail).

Pratiques intimes ou rapports intimes

Forme de l'activité sexuelle sans pénétration, telles que câlins, baisers, caresses, masturbation, sexe oral (définition personnelle par les auteures de ce travail).

Santé sexuelle

« Un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés » (OMS, 2003 cité par Giami, 2006).

Synonyme : satisfaction sexuelle (définition personnelle par les auteures de ce travail).

Sexualité

« Ensemble des comportements relatifs à l'instinct sexuel et à sa satisfaction (qu'ils soient ou non liés à la génitalité) » (Andrieu, 2006, p.465).

Tableau récapitulatif des termes utilisés dans ce travail

Définitions pour ce travail	Termes
Uniquement avec pénétration	Acte sexuel Coït Rapport sexuel Relation sexuelle
Uniquement sans pénétration	Pratiques intimes Rapports intimes
Avec et sans pénétration	Expérience sexuelle Sexualité Vie sexuelle

La sexologie, une discipline variable et évolutive en fonction des contextes nationaux

Naissance de la discipline

Dans les années 1950, Alfred Kinsey, considéré comme le pionnier de la sexologie, est le premier scientifique à réaliser et à publier une étude descriptive du comportement sexuel des femmes et des hommes (Gellman, Louis-Morin & Gellman-Barroux, 2005). Suite à ses travaux, de nombreux scientifiques vont s'intéresser et participer au développement du domaine de la sexologie : notamment Masters et Johnson, deux sexologues américains, qui vont mener des études d'observation de pratique sexuelle et publier l'ouvrage "Human Sexual Response" en 1966 qui va bouleverser les représentations de l'époque et susciter énormément de polémique. Ces études constituant les premiers travaux psychophysiologiques réalisés vont également permettre d'établir un modèle de référence pour décrire la sexualité (Gellman & Gellman-Barroux, 1992). Cette nouvelle perspective de la sexualité permet de passer « d'une définition très genrée et procréative ... à une définition plus neutre et hédoniste ... dont l'orgasme est l'unité de mesure » (Chaperon, 2010, p.12).

Définitions variables de la sexologie

La sexologie se démarque d'autres disciplines telles que la gynécologie, la psychologie et la psychanalyse par la prise en compte de la part du thérapeute du plaisir et du vécu du plaisir du patient (Brenot, 1994). Par ailleurs, le terme de sexologie semble être, de nos jours, en constante évolution, rythmé par l'évolution des différentes sociétés et de leurs mœurs et prendre différentes significations en fonction du pays dans lequel cette discipline est exercée ou tout simplement selon le professionnel qui l'aborde ou qui la pratique. Ce terme peut revêtir également différentes acceptions selon les auteurs considérés. En effet, pour Quevauvilliers et al. (2004) la sexologie est définie comme « l'étude de la sexualité et de ses troubles » (p.873). Quant à Brenot (1994), psychiatre sexologue et anthropologue français, il écrit : « De par l'essence même de son objet et les conflits historiques d'écoles dont elle est l'enjeu, la sexologie déchaîne des passions au plan de son identité et au niveau même de son existence » (p.26).

Enfin, selon Haeberle & Gindorf (1993), chercheurs en sciences sociales et sexologues :

La sexologie, considérée comme science sexuelle, recouvre un champ plus vaste que la sexologie médicale ou la médecine sexuelle. Ces dernières sont des pratiques de haut niveau scientifique qui traitent surtout des perturbations et des pathologies de la sexualité. La sexologie médicale est l'un des importants domaines de la sexologie, au même titre que la socio-sexologie, la psycho-sexologie, l'ethno-sexologie, l'éducation sexuelle, les différentes formes de conseils et de thérapies sexuels ainsi que les autres domaines de la recherche et de la pratique sexologique. Ensemble, elles constituent le corpus de la sexologie (Haeberle & Gindorf, 1993 cité par Giami & de Colomby, 2002, p.559).

La définition de la sexologie varie, certes, en fonction des auteurs mais également de l'individu qui la pratique. En effet, Giami & de Colomby (2002) soulignent que « le champ de la sexologie apparaît peu homogène : il comprend des cliniciens et des scientifiques, des médecins, des psychologues et des éducateurs et il repose sur des disciplines scientifiques très différentes » (p.559).

A titre d'exemple, les sexologues français sont principalement des médecins, contrairement à des pays tels que les Etats-Unis, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et les pays scandinaves où les personnes exerçant la sexologie sont majoritairement des professionnels de la santé tels que psychologues, travailleurs sociaux, sage-femmes et autres conseillers conjugaux ayant effectué une seconde formation. Le Québec se démarque par une formation particulière et unique au monde dans laquelle la sexologie est un enseignement universitaire initial dans le cadre de la faculté des sciences humaines (Giami & de Colomby, 2002).

Outre le lieu de formation, c'est la formation initiale du sexologue qui oriente les choix thérapeutiques de celui-ci (Giami & de Colomby, 2002).

En effet,

La sexologie française est médicalisée du fait que la majorité des sexologues sont des médecins, que les conceptions des troubles sexuels partagées par l'ensemble des sexologues (médecins et non-médecins) sont influencées par la pensée médicale, à l'intérieur d'un modèle bio-psycho-social (Engel, 1977, pp. 129-136 cité par Giami & de Colomby, 2002, p. 561).

De manière analogue, « les thérapies de couple et les psychothérapies de soutien sont davantage pratiquées par les psychologues et dans une moindre mesure par les médecins généralistes que par les membres des autres groupes professionnels » (Giami & de Colomby, 2002, p.567). Toutefois, en dépit de ces approches divergentes, on peut constater une unanimité, également partagée par l'organisation mondiale de la santé (OMS), quant à la manière de structurer et d'organiser le champ d'action de la sexologie en trois niveaux d'intervention, à savoir l'information, le conseil et la thérapeutique (Brenot, 1994).

Sexualité dans un contexte euro-américain

Les années 1960 étant une « période qui concentre contestations d'ordre moral, politique et économique, les spécialistes s'accordent à pointer une révolution historique en matière de sexualité » (Journet & Bedin, 2013, p.78). Celle-ci a d'ailleurs profondément marqué l'histoire des sociétés occidentales. Il est cependant important de relever que ces poussées libertines du XXe siècle n'ont pas attendu la révolution sexuelle pour se manifester et tenter de bousculer les valeurs morales et religieuses établies, notamment entre autre l'association de la sexualité à la procréation et l'hétérosexualité, qui dictaient durant fort longtemps la sexualité du monde occidental. De fait, de tout temps, il y a eu des groupes ayant ce genre de désir mais leur taille restait restreinte³ pour espérer pouvoir changer le cours des choses (Journet & Bedin, 2013).

Or, la sexualité des femmes connaît un tournant grâce à l'avènement de la pilule contraceptive en 1960. Elle est tout d'abord commercialisée aux Etats-Unis et pour la première fois en Suisse en 1966 (Chauveau, 2003).

L'accès généralisé à la contraception, favorisé entre autres par les mouvements féministes, caractérise cette période de révolution sexuelle où les femmes et les couples peuvent jouir de leur sexualité indépendamment de la reproduction. En effet, « les nouvelles générations ont désappris la peur de la grossesse non attendue qui pesait tant sur la sexualité et les projet de vie de leurs aînés » (Bozon, 2009, p.29). Les femmes n'ont plus le fardeau et la responsabilité d'allier rapports sexuels avec enfantement (Journet & Bedin, 2013). Parallèlement, l'avènement des planning familiaux dans diverses régions d'Europe participera également au début d'un

mouvement dit de “maternité heureuse” (Chauveau, 2003). Ces années, qui marquent une nouvelle forme de liberté sexuelle dessinent également une société :

où règne une obligation diffuse de ne jamais en finir avec l'activité sexuelle (une obligation au sexe), quels que soient l'état de santé, l'âge, le statut conjugal. Ceux qui n'ont pas d'activité sexuelle le dissimulent ou cherchent à se justifier (Smadja, 2011, pp. 34-35).

Le changement de paradigme social relevé par Smadja (2011) est capital. La société occidentale passe d'un droit à la sexualité obtenu grâce au mariage à une obligation imposée cette fois encore par la pression sociale. Chacun se doit de jouir de cette liberté sexuelle sans s'accorder l'autorisation d'y renoncer ou de ne pas en jouir autant que la norme sociale le prescrit.

Durant les années 1980-1990, suite à l'apparition du VIH, l'étude de la sexualité est peu à peu acceptée et, avant tout, financée. A la fin des années 90, on assiste à une remise en question des notions d'identité sexuelle et d'orientation sexuelle. La médicalisation de la sexualité avec le traitement des pathologies sexuelles commence également à émerger (Bozon, 2009). La médecine, la psychologie et la sexologie s'intéressent dès lors à la sexualité. La plupart des tabous tombent, mais on a maintenant une « forme d'obligation de se soucier du fonctionnement de sa sexualité » (Smadja, 2011, p. 159).

Aujourd'hui, la sexualité fait partie d'une forme de mode de communication au sein des couples, elle contribue à tisser les liens fondateurs d'une expérience affective et conjugale. Si la sexualité favorise un nouveau langage entre les couples, son absence pourrait alors être ressentie comme insupportable et perçue comme un problème (Smadja, 2011).

Sexualité et grossesse

La grossesse est une période charnière dans la vie du couple qui s'accompagne de nombreux chamboulements non seulement physiques/physiologiques mais également psychiques. Les changements physiologiques liés à la grossesse peuvent être observés au niveau cardiovasculaire, hématologique, respiratoire et hormonal. L'un des aspects les plus évidents de ces modifications est la prise de poids au fil des neuf mois de gestation (Lowenstein et al., 2013). Les changements psychiques s'opèrent, eux, sous l'influence des hormones, mais proviennent

également de cette “crise identitaire” qu’est la grossesse, au cours de laquelle le couple se prépare à devenir parents (Bydlowski, 2006 ; Tourné, 2003). Ces changements physiques et psychologiques, en association avec les facteurs sociaux, culturels et religieux peuvent influencer la vie sexuelle du couple (Corbacioglu Esmer et al., 2013). En effet, la majorité des études traitant de ce sujet ont démontré que la fonction sexuelle féminine diminuait significativement au cours de la grossesse et particulièrement au troisième trimestre (Serati et al., 2010 ; Staruch et al., 2016). La fonction sexuelle de la femme présente une étiologie complexe, constituée par de nombreux facteurs psychologiques, culturels, éthiques, sexuels, neurologiques et organiques. Les interactions potentielles entre ces différents paramètres expliquerait les difficultés rencontrées lorsqu’il s’agit de définir et traiter des troubles sexuels. Ces troubles pourraient s’accroître au cours de la grossesse, période d’importants changements physiques, psychiques et émotionnels (Serati et al., 2010). Les anciennes définitions des troubles sexuels se basaient sur le modèle traditionnel de Masters et Johnson. Cependant les récentes études démontrent que de nombreuses facettes de la fonction sexuelle féminine ne correspondent pas à ce modèle. A titre d’exemple, la motivation sexuelle des femmes se définit par quelque chose de beaucoup plus complexe que simplement par la présence ou l’absence de désir sexuel. Les femmes ont, en effet, différentes raisons d’engager ou d’accepter des pratiques intimes avec leur partenaire (Basson, 2005).

Les modifications physiologiques de la grossesse et leur influence sur la sexualité

Les changements corporels pouvant influencer la fonction sexuelle durant la grossesse sont multiples et varient en fonction du trimestre de gestation. Comme évoqué ci-dessus, le désir sexuel, la libido et l’orgasme diminuent, de façon générale, au cours de la grossesse, et ce, plus particulièrement au troisième trimestre. Ce déclin de la fonction sexuelle, communément expérimenté au cours de la grossesse par le couple, peut mener à une baisse de l’activité sexuelle. On trouve dans la littérature des études relevant également une baisse de la fonction sexuelle en général lors de la grossesse mais avec des résultats nuancés qui montrent que la fréquence des rapports sexuels varie selon le trimestre. Par exemple, les résultats

obtenus par Corbacioglu Esmer et al. (2013) démontrent une baisse de l'activité sexuelle sur l'ensemble de la grossesse, mais une activité similaire entre le premier et le deuxième trimestre. Tandis que Bartellas, Crane, Daley, Benett & Hutchens (2000) constatent une activité sexuelle, certes réduite, mais à un taux semblable entre le deuxième et le troisième trimestre. Lors du premier trimestre, il a été démontré que la labilité émotionnelle, l'anxiété, les nausées, les seins douloureux et la fatigue ont un impact délétère sur la sexualité et sur la libido (Staruch et al., 2016). L'adaptation à cet état gravidique peut prendre plusieurs semaines. Au cours du deuxième trimestre, ces symptômes désagréables caractéristiques du premier trimestre ont, pour la majorité, disparu (Staruch et al., 2016). On remarque notamment un arrêt progressif des nausées ainsi qu'un regain d'énergie dès le deuxième trimestre (Sagiv-Reiss, Birnbaum & Safir, 2012). Le couple voit également le ventre de la future mère s'arrondir, cette modification s'accompagnant d'une sensibilité augmentée au niveau de la poitrine et du vagin de par l'augmentation du volume sanguin circulant. Ces changements peuvent être autant mal vécus que bien accueillis, aussi bien par l'homme que par la femme (Nguyen & Carbonne, 2012). Selon Staruch et al. (2016), le deuxième trimestre peut même être sujet à une augmentation de la libido pour certaines femmes. Au troisième trimestre, la fatigue survient à nouveau, la plupart du temps provenant du poids du ventre et des maux de dos dus à l'hyperlordose provoquée par la posture ajustée (Doya, 2014). De manière similaire, Johnson (2011) constate également que les rapports sexuels diminuent à cause des douleurs et des obstacles physiques. Les sensations les plus fréquemment ressenties par les femmes sont les suivantes: un inconfort vaginal, des douleurs vaginales et des douleurs dans le bas ventre (Galazka, Drosdzol-Cop, Naworska, Czajkowska & Skrzypulec-Plinta, 2014).

« La femme se sent moins attirante en tant que partenaire sexuelle à cause de la fatigue croissante, la dyspnée, les oedèmes, les contractions et l'épuisement physique général » (Chang et al., 2011 ; Fok et al., 2005 ; Hanafy et al., 2014 ; Liu et al., 2013 cité par Staruch et al., 2016, traduction libre, p.56). On peut également observer chez certaines femmes l'apparition de vergetures sur la peau, ce qui peut contribuer à une perception négative de l'image corporelle (Zerouali et al., 2011). Cependant, compte tenu de la pesanteur qu'exerce le ventre sur la partie basse du bassin, soit la région pelvienne et le périnée, la femme peut ressentir une légère

forme d'excitation constante en fin de grossesse. L'orgasme peut également être plus facilement atteint chez certaines femmes (Masters & Johnson, 1974).

Conjointement à ces changements corporels, le psychisme de la femme enceinte va également subir des modifications. Les changements en lien avec la vie sexuelle peuvent donc avoir une origine psychologique, se manifestant ainsi par une réponse émotionnelle au nouveau statut de mère. En effet, comme dans toute transition, la femme peut éprouver un sentiment de perte tout comme d'excitation dans le fait de débiter une nouvelle phase existentielle. Cette ambivalence peut être ressentie par celle-ci et ce, même si la grossesse est planifiée et désirée (Johnson, 2011). Pines (1982 cité par Abdel-Baki & Poulin, 2004) « considère la grossesse comme une crise développementale ... » (p. 7), qui engendrera une altération de l'équilibre connu puis une nouvelle identité (Abdel-Baki & Poulin, 2004). Bydlowski (2006) écrit que ces changements peuvent s'extérioriser ou non. Il est cependant possible d'observer de légères manifestations transitoires au niveau du comportement. On peut noter une forme de labilité émotionnelle, des modifications du sommeil, de l'anxiété ou des réactions d'irritabilité exacerbées (Bydlowski, 2006). Il faut également préciser que « l'approche de la naissance et ses possibles complications peuvent entraîner une augmentation du stress et de l'anxiété » (Staruch et al., 2016, traduction libre, p.56). Du côté des hommes, on verra également des changements physiques. Entre 11 et 15% montreront des signes de couvade durant la grossesse de leur compagne, soit une prise de poids ou des troubles intestinaux (Reichenbach, Alla, Lorson, 2002).

Les contre-indications à la sexualité durant la grossesse

Les contre-indications absolues au coït durant la grossesse physiologiques sont les suivantes : menace d'accouchement prématuré avec modification du col de l'utérus, placenta praevia, rupture de la poche des eaux, saignements.

En dehors de celles-ci et pour autant que la grossesse se déroule harmonieusement, il n'y a pas de recommandations particulières concernant l'activité sexuelle durant la grossesse (Hulsbergen & Van der Schueren, 2010).

Normes sociales et sexualité

« Les comportements à connotation sexuelle semblent inhérents à la subjectivité humaine et la signification d'un même comportement peut changer à travers le temps et le lieu. » (Will et al., 2006, p.275). En effet, la signification d'un acte sexuel varie d'un individu à l'autre. Par le contexte socio-culturel, l'époque et la phase de vie dans laquelle se trouvent l'individu ou le couple, un même comportement peut être perçu comme fonctionnel ou anormal et donc favoriser un état d'épanouissement, tout comme entraîner des souffrances (Will et al., 2006). En ce qui concerne les femmes enceintes ou les couples, on constate une tendance dans la littérature scientifique à caractériser les changements physiques et psychiques de la grossesse en lien avec la sexualité comme étant anormaux plutôt que de se concentrer sur l'influence positive qu'exercent ces modifications sur l'intimité des couples (Johnson, 2011). Ainsi il est reconnu qu'il n'existe pas un modèle unique décrivant la réponse de la fonction sexuelle féminine normale, mais plutôt une imbrication de modèles hétérogènes la définissant (Johnson, 2011).

Croyances et représentations et leur influence sur la sexualité

Comme mentionné ci-dessus, il existe de nombreux facteurs, notamment sociaux, éthiques, culturels et religieux qui se combinent aux modifications physiques et psychiques de la grossesse, engendrant des croyances et représentations, pouvant elles-mêmes avoir un impact sur la vie sexuelle du couple. Des croyances erronées selon lesquelles les contractions provoquées par les rapports sexuels augmentent le risque de rupture prématurée des membranes, de prématurité et d'infection sont courantes parmi les femmes/couples vivant une grossesse. Ces fausses représentations peuvent entraîner une baisse ou même un arrêt complet de l'activité sexuelle (Serati et al., 2010). De même, Staruch et al. (2016) concluent que la baisse de l'activité sexuelle au cours de la grossesse découle souvent d'une crainte pour la santé du fœtus et du manque de possibilité de confronter et d'élargir ses connaissances à ce sujet. Ces peurs peuvent mener à une baisse de l'activité sexuelle mais également à la modification du comportement sexuel. L'étude menée par Lee (2002) indique par exemple que les femmes taïwanaises adoptent la position du missionnaire pour satisfaire leur mari et limiter l'intensité des

contractions, protégeant ainsi indirectement le fœtus du risque d'accouchement prématuré.

L'activité sexuelle a souvent été suspectée d'être la cause de menace d'accouchement prématuré ou d'accouchement prématuré (Fok, Chan & Yuen, 2005). En effet, lors de pratiques sexuelles, de l'ocytocine est sécrétée par le corps de la femme suite à l'orgasme et peut induire des contractions utérines tout à fait physiologiques. Si la grossesse est harmonieuse, l'activité sexuelle n'est pas contre-indiquée³. Il a été prouvé dans des études récentes que l'acte sexuel n'a pas d'effet néfaste sur la grossesse et que les femmes ayant accouché à terme avaient eu des rapports sexuels plus fréquents que les femmes ayant accouché prématurément (Sayle, Savitz, Thorp, Hertz-Picciotto & Wilcox, 2001).

Concernant la peur pour la santé foetale, il est intéressant de relever que les femmes redoutent surtout les fausses couches et les infections alors que les hommes craignent de blesser l'enfant avec « un fantasme de pénis dangereux dans l'acte sexuel » (Pasini, 1974 cité par Reichenbach et al., 2002, p.2). Dans certaines sociétés, les pratiques sexuelles sont interdites chez les femmes enceintes ou durant la période de menstruation car elles sont estimées dangereuses en étant susceptibles de provoquer l'impuissance, la stérilité ou d'engendrer des monstres. Par exemple, en Iran, les femmes expriment une peur de provoquer une rupture de l'hymen du fœtus de sexe féminin ou la cécité foetale suite aux rapports sexuels. Elles considèrent également l'acte sexuel comme adultère lorsque le fœtus est de sexe féminin (Johnson, 2011). Les femmes nigériennes, au contraire, pensent que les relations sexuelles durant la grossesse sont favorables car elles permettent l'élargissement du vagin, facilitant le travail et la naissance. Ces croyances sont également répandues au Japon, où certaines femmes pensent que les exercices physiques tels que les rapports sexuels facilitent la naissance (Araujo, Salim, Gualda & Pereira Da Silva, 2012). Kouakou et al. (2011) citent d'autres raisons qui incitent les couples à maintenir les rapports sexuels pendant la grossesse : préserver l'harmonie du couple et éviter l'infidélité du conjoint.

³ Comme développé dans la partie cadre de référence théorique, p.22.

Facteurs socio-démographiques

La corrélation entre des variables socio-démographiques et la diminution de la fonction sexuelle au cours de la grossesse est controversée dans le milieu scientifique. Par exemple, l'étude menée par Corbacioglu Esmer et al. (2013) établit que la plupart des données correspondant à certaines variables telles que l'âge maternel, la parité, l'âge gestationnel, l'indice de masse corporelle (IMC) et l'incontinence urinaire sont contradictoires ou non-significatives quant à leur lien avec les troubles sexuels rencontrés au cours de la grossesse. A contrario, Abouzari-Gazafroodi et al. (2015) démontrent qu'un stade précoce de la grossesse, un âge maternel avancé, un mariage de longue durée et un niveau d'éducation bas sont les facteurs les plus pertinents contribuant à la diminution de la fonction sexuelle de la femme. Une autre raison pour laquelle l'activité sexuelle peut être abandonnée est évidemment la recommandation médicale dans le cas des grossesses à risque⁴ (Staruch et al., 2016). Cette "prescription" peut paraître intrusive de la part des soignants ou être mal vécue par le couple. Il est donc important, voire nécessaire, que les professionnels de la santé puissent nuancer la notion de sexualité auprès des couples. Par exemple en soulignant qu'une rencontre sexuelle ne se limite pas seulement à la pénétration mais qu'elle peut prendre une autre forme, telle que les caresses (Hulsbergen & Van der Schueren, 2010).

Finalement, la revue de littérature menée par Serati et al. (2010) ainsi que la majorité des études constituant notre propre revue de littérature concluent que le manque d'informations à propos de la sexualité pendant la grossesse et les inquiétudes concernant les possibles complications obstétriques en résultant sont les facteurs les plus significatifs entraînant la diminution, voire l'arrêt de l'activité sexuelle au cours de la grossesse. En effet, cette connaissance déficiente chez les couples génère de fausses idées et des représentations erronées, lesquelles provoquent des peurs responsables de la modification de la vie sexuelle des couples (Lowenstein et al., 2013).

⁴ Comme développé dans la partie cadre de référence théorique, p.22.

Bénéfices au maintien de la santé sexuelle pendant la grossesse

Sezer, Simge, Duygu & Tuba (2014) concluent que les difficultés rencontrées au cours de la grossesse au niveau sexuel peuvent conduire à de l'instabilité et des conflits conjugaux. En effet, selon Johnson (2011)

La grossesse est une phase unique dans la vie d'une femme et une fonction sexuelle saine renforce l'intimité émotionnelle d'un couple, tout comme elle facilite la transition hormonale, physique et psychologique qui a lieu pendant cette période (traduction libre, p. 1267).

En outre, les femmes reconnaissent souvent l'activité sexuelle pendant la grossesse comme bénéfique: l'harmonie et la stabilité conjugales sont accrues et la satisfaction sexuelle est augmentée (Lowenstein et al., 2013).

On constate donc que la santé sexuelle est un aspect primordial au sein du couple et qu'il est nécessaire de mettre en place des moyens adaptés pour répondre aux besoins de celui-ci. C'est là que le rôle des professionnels de la santé intervient. En effet, ces derniers doivent non seulement permettre l'ouverture au dialogue sur ce sujet mais également apporter des informations ciblées et adéquates (Sezer et al. 2014).

Cependant, il faut savoir nuancer ces résultats ainsi que le concept de "normes"⁵ et, comme l'OMS (2003 cité par Giami, 2006) le définit, considérer la santé sexuelle dans son ensemble comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité ». En effet, à travers cette définition, on comprend que la santé sexuelle ne se résume pas uniquement à des pratiques/fréquences sexuelles déterminées mais à une conjugaison de différents facteurs qui mènent à une satisfaction sexuelle propre à chacun et chaque couple.

Le rôle du père et son vécu de la sexualité durant la grossesse

Schmid (2003) soulève que le vécu des pères durant la grossesse est un sujet peu étudié dans la littérature. Une constatation déjà énoncée parue vingt ans plus tôt dans l'ouvrage de Pasini (1983). Schmid (2003) relate également qu'un nombre grandissant d'articles traite des aspects positifs de la paternité. Cependant, les angoisses, craintes et questionnements des pères durant la grossesse ne transparaissent que très peu à travers ces articles. Il souligne également que dans la

⁵ Notion développée dans la partie cadre de référence théorique, p.23.

pratique en cabinet, l'écoute se tourne principalement vers la future mère et non le futur père ou même le futur couple dans son ensemble.

Au contraire des femmes qui deviennent déjà progressivement mères durant les neuf mois de grossesse, les hommes décrivent quant à eux souvent être devenus pères le jour de la naissance de leur enfant. Ces 40 semaines sont néanmoins un long chemin pour le futur père. Il doit redéfinir sa place et son identité psycho-sexuelle au sein du couple (Weigan & Bianchi-Demicheli, 2014, p.265). Il comprend que sa partenaire va s'investir dans un nouveau rôle, celui de mère. A cela, s'ajoutent les changements physiques comme la prise de poids, le ventre qui s'arrondit, ainsi que les changements de comportements ou d'humeur : fatigue, émotions labiles, pleurs fréquents.

Dans l'ensemble on peut relever que le désir de l'homme et la fréquence des rapports sexuels diminuent au cours des trois trimestres. Les perturbations physiques des femmes, telles que les nausées et vomissements n'ont un impact qu'au premier trimestre. Ensuite, les facteurs prépondérants sont les changements physiques, voire même esthétiques, ainsi que les peurs pour le fœtus. Un grand nombre d'hommes relatent également voir leur désir diminuer et leurs peurs augmenter dès lors qu'ils commencent à sentir le bébé bouger sous leurs doigts lorsqu'ils touchent le ventre de leur compagne (Pasini, 1983). En effet, au deuxième trimestre, les pères relèvent régulièrement la sensation de la présence d'une "troisième personne" lors des rapports sexuels. Cette sensation influence l'activité sexuelle ainsi que les positions sexuelles utilisées par les futurs parents (Staruch et al., 2016).

L'écart et les différences entre l'homme et la femme continuent à s'accroître au fil de la grossesse. En effet, on observe une augmentation du désir chez la femme au deuxième trimestre de grossesse. Elle a souvent dépassé le stade des indispositions physiques et voit peu à peu son corps se transformer. Une nouvelle forme de féminité s'installe en elle. L'homme, quant à lui, prend conscience plus tardivement « des modifications physiques de sa femme, ainsi que de la présence du fœtus par le volume abdominal et ses mouvements intra-utérins. Ce n'est donc que dans le dernier tiers de la grossesse que l'homme devient moins disponible pour l'acte sexuel, avec une diminution des performances »

(Reichenbach et al., 2001, p. 5). Pasini (1983) relève ici l'importance d'une communication franche au sein du couple. Il est en effet possible que lorsque la femme exprime son désir à nouveau croissant, l'homme peut lui se sentir brusqué et incompris. L'ajustement des rôles n'est pas chose facile. Ainsi on comprend la pertinence du suivi et de l'écoute par les professionnels de la santé, autant auprès des femmes qu'auprès de leur partenaire masculin.

III. Problématique

Les modifications physiologiques dues à la grossesse peuvent avoir un impact considérable sur la sexualité du couple. Ces changements varient en fonction du trimestre de la grossesse. La période de grossesse représente donc un élément important dont il faut tenir compte si l'on veut déterminer le plus précisément possible quel est le degré d'influence de ces changements sur la sexualité. En outre, les croyances et les représentations peuvent, au même titre que les modifications physiologiques, avoir un impact sur la vie sexuelle du couple. Ces croyances et ces représentations se forment sur la base d'un ensemble de facteurs socio-démographiques tels que le vécu, les expériences de vie, les mœurs, la culture, la religion, etc. La plupart du temps erronées, elles participent néanmoins à la baisse de l'activité sexuelle du couple au cours de la grossesse.

De ce fait, il est non seulement primordial que la sexualité soit un sujet systématiquement abordé par les professionnels de la santé (notamment la sage-femme) au cours de la grossesse, mais également que les informations et l'enseignement prodigués en soulignent le caractère fluctuant et temporellement dépendant.

La grossesse marque une étape cruciale de la vie, autant chez les pères que chez les mères. Les bouleversements physiques et psychologiques qu'elle peut provoquer sont souvent vécus différemment par les deux parents et la sexualité en fait partie. Aujourd'hui, nous savons que la libido du père est moins altérée par la grossesse que celle de sa compagne. Il est donc pertinent de s'interroger non seulement sur le ressenti/vécu de la mère à ce sujet mais également sur celui du père, afin d'obtenir une meilleure représentation de la sexualité du couple et de pouvoir la considérer dans son ensemble. Par ailleurs, la diminution fréquente de l'activité sexuelle au cours de la grossesse peut constituer un facteur de risque pour certaines pathologies et par rapport au bien-être dans sa globalité. En effet, une satisfaction sexuelle élevée permettrait aux futurs parents de maintenir une relation harmonieuse et stable, et d'améliorer leur qualité de vie en général. En outre, il a été démontré qu'une activité sexuelle régulière et épanouie diminue le risque de dépression ainsi que de cancer et réduit le stress (Brody, 2010).

Ces diverses observations et réflexions à propos de la sexualité pendant la grossesse nous ont amenées à la construction de la question de recherche suivante:

“Quels sont les impacts des représentations, des croyances et des modifications physiologiques de la grossesse sur la sexualité durant les trois trimestres de la grossesse chez le couple ?”

A travers cette question de recherche nous souhaitons répondre aux hypothèses émises à la suite de nos premières recherches:

- Les croyances et les représentations ont un impact prépondérant sur la sexualité pendant la grossesse.
- L'information octroyée au couple concernant la sexualité pendant la grossesse est insuffisante, incomplète, voire absente, alors qu'elle est susceptible d'avoir un impact majeur sur les croyances et représentations erronées et ainsi sur l'activité sexuelle du couple.

IV. Dimension éthique

Les quatre principes fondamentaux de l'éthique bio-médicale sont : la justice, l'autonomie, la bienfaisance et la non malfaisance (Beauchamp & Childress, 2007).

En conséquence, nous nous devons de faire en sorte que ces principes imprègnent le présent travail.

De fait, notre question de recherche touche à la bienfaisance et à la non malfaisance en apportant des éléments favorisant une prise en charge optimale des couples concernant la sexualité durant la grossesse. En incluant les mères et les pères dans ce travail avec une attention similaire aux deux sexes, le principe de justice est également respecté. Notre revue de littérature comporte des études menées dans les pays suivants : Brésil, Israël, Croatie, Philippines et Turquie. Il est important de garder à l'esprit que les résultats de ces études sont à l'image des cultures, croyances et moeurs de ces derniers. Ainsi, les données principales de ces études ne peuvent en aucun cas refléter une vision universelle de la thématique de la sexualité pendant la grossesse.

Finalement, ce travail tend à offrir une autonomie tant aux couples qu'aux professionnels de la santé en apportant des éléments de connaissance afin d'améliorer la prise en charge des couples durant la grossesse.

Nous avons respecté les principes éthiques lors de nos recherches de littérature. Pour ce faire, nous avons effectué une revue de littérature complète, qui nous a permis d'obtenir un aperçu global et précis des résultats et recherches menées à ce jour. Nous avons également procédé à une analyse éthique de notre revue de littérature ainsi que de nos cinq articles sélectionnés⁶. Enfin, notre bibliographie et nos citations se réfèrent aux normes APA (2015), ceci afin de préserver la propriété intellectuelle des auteurs.

⁶ Développés en p.44 et p.52.

V. Méthode : recherche de littérature

Détermination des mots-clés

Nous avons eu recours à la méthode PICO afin de définir les mots clefs nécessaires à une recherche de littérature complète et ciblée sur notre problématique.

Méthode PICO

	Concepts en français	Mots-clés
P	Les couples durant les 3 trimestres de la grossesse	Couple Grossesse Femme enceinte
I	Croyances et représentations /modifications physiologiques de la grossesse	Croyances Représentations Impact
C	Hors grossesse	
O	Impact sur la sexualité	Sexualité Libido Rapports sexuels

Dans un deuxième temps, nous avons utilisé l'outil informatique Hetop® afin de traduire nos mots-clés du français à l'anglais et obtenir les MeSH terms nous permettant d'accéder, de façon concise, à des publications scientifiques pertinentes dans le cadre de notre problématique.

Nous avons organisé ces mots-clés sous forme de tableau. Premièrement les mots-clés en français, trouvés selon la méthode PICO, puis leur traduction anglaise obtenue grâce à Hetop®. Finalement les deux dernières colonnes regroupent d'abord le MeSH terms correspondant à la traduction anglaise, puis les synonymes MeSH terms proposés par Hetop® suite à cette recherche.

Mise en évidence des MeSH terms

Français	Anglais	MeSH terms	Synonyme MeSH terms sélectionnés
couple	couple		
père	father	fathers	father
grossesse	pregnancy	pregnancy	
femme enceinte	pregnant woman	pregnant women	pregnant woman
culture	culture	culture	belief
croyances	beliefs	culture	belief
représentations	representations	body image	
impact	impact		
facteur	factor		
sexualité	sexuality	sexuality	
libido	libido	libido	
désir sexuel	sexual desire		
rapports sexuels	sexual intercourse	coïtus	sexual intercourse
comportement sexuel	sexual behavior	sexual behavior	sexual activity, sex behavior
fonction sexuelle	sexual function		
	intercourse	coïtus	
désir sexuel			hypoactive sexual desire disorder
	fear of sex		
vie sexuelle	sexual life		
Post-partum	Postpartum period	postpartum period	

Bases de données

Après avoir déterminé les MeSH terms, nous avons utilisé les trois bases de données suivantes : PUB MED®, CINAHL® et MIDIRS®. Nous avons procédé à différentes combinaisons des MeSH terms cités ci-dessus, à l'aide des opérateurs booléens : AND, OR et NOT.

Ci-dessous, les tableaux organisés en fonction des bases de données. Nous y avons classé les MeSH terms, le nombre d'articles trouvés et le nombre d'articles sélectionnés ou non.

PUB MED®

Mesh terms	Nbr Articles trouvés	Nbr Articles sélectionnés
Sexuality (MeSH) AND pregnancy (MeSH) AND couple AND impact	134	0
Sexual desire AND pregnancy (MeSH) AND factors	336	0
Pregnant women (MeSH) AND libido (MeSH)	2	1
Pregnant women (MeSH) AND libido (MeSH) NOT postpartum period (MeSH)	2	1
Pregnant women (MeSH) AND fear of sex	15	1
Sexuality (title) AND pregnancy (title)	104	1
Sexuality (MeSH) AND pregnancy (MeSH) AND fathers	112	1

Avec les mots-clés : sexuality (title) AND pregnancy (title)

Araujo, N. M., Salim, N. R., Gualda, D. M. & Pereira Da Silva, L. C. (2012). **Body and sexuality during pregnancy**. *The University of Sao Paulo Nursing School Journal*, 46(3), 552-558.

Avec les mots-clés : pregnant women (MeSH) AND fear of sex

Gokyildiz, S. & Beji, N. K. (2005). **The effects of pregnancy on sexual life.** *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(3), 201-215.

Avec les mots-clés : pregnant women (MeSH) AND libido (MeSH) NOT postpartum period (MeSH) et la deuxième combinaison: pregnant women (MeSH) AND libido (MeSH)

Sagiv-Reiss, D. M., Birnbaum, G. E. & Safir, M. P. (2012). **Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy.** *Archives of Sexual Behavior*, 41(5), 1241-1251.

Avec les mots-clés : sexuality (MeSH) AND pregnancy (MeSH) AND fathers

Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H. & Šunjić, M. (2015). **Sexuality During Pregnancy : What Is Important for sexual Satisfaction in Expectant Fathers ?.** *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(3), 282-293.

CINAHL®

Mesh terms	Nbr Articles trouvés	Nbr Articles sélectionnés
Sexual life AND pregnancy	751	1
Sexual life AND pregnancy AND father	33	0

Cet article a déjà été sélectionné sur PUB MED®.

Avec les mots-clés : sexual life AND pregnancy

Gokyildiz, S. & Beji, N. K. (2005). **The effects of pregnancy on sexual life.** *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(3), 201-215.

MIDIRS®

Mesh terms	Nbr Articles trouvés	Nbr Articles sélectionnés
Sexual life AND pregnancy	16	1
Libido AND pregnant women	2	0
Sexual function AND pregnancy AND factors	8	0

Cet article a déjà été sélectionné sur *PUB MED®*.

Avec les mots-clés : sexual life AND pregnancy

Gokyildiz, S. & Beji, N. K. (2005). **The effects of pregnancy on sexual life.** *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(3), 201-215.

Article trouvé dans “articles similaires” d’autres articles

OU

Screening de la section “articles similaires” d’autres articles

Sipinski, A., Kazimierzczak, M., Buchacz, P. & Sipinska, K. (2004). Sexual Behaviors of Pregnant Women. *Wiadomosci Lekarskie*, 57(1), 281-284.

Nous avons trouvé cet article lors d’une recherche avec *PUB MED®*. Nous avons utilisé les MeSH term “pregnant women” AND “libido”.

Malheureusement, ce dernier article, rédigé en polonais, n’a pas été traduit.

Cependant, suite à cette recherche, nous avons sélectionné l’un des articles dans la section “articles similaires” :

Gokyildiz, S. & Beji, N. K. (2005). **The effects of pregnancy on sexual life.** *Journal of sex and Marital Therapy*, 31(3), 201-215.

Nous avons déjà retenu cet article suite à des recherches sur *PUB MED®*, *MIDIRS®* et *CINHAL®*.

Articles trouvés dans la bibliographie d'autres articlesOUScreening des bibliographies

Nous avons sélectionné cet article :

Sossah, L. (2014). **Sexual behavior during pregnancy : a descriptive correlational study among pregnant women.** *European Journal Of Research In Medical Sciences*, 2(1), 16-27.

Ce dernier a été recherché à partir des références bibliographiques d'un autre article⁷ que nous avons consulté au cours de nos recherches, sans pour autant le sélectionner. Cependant nous le garderons comme support pour la suite de notre travail.

Critères d'inclusion et exclusion

Inclusion	Exclusion
Patientes durant les trois trimestres de grossesse	Patientes porteuses du VIH
Patientes durant leur troisième trimestre de grossesse	Patientes porteuses de l'hépatite B
Publications les plus récentes	Patientes en période du post-partum
Pertinence dans la hiérarchie des résultats	
Publications en français et anglais	
Publications avec texte intégral disponible	

⁷ Heidari, M., Amin Shokravi, F., Zayeri, F., Ali Azin, S. & Merghati-Khoei, E. (2017). Sexual life during pregnancy: effect of an educational intervention on the sexuality of iranian couples : a quasiexperimental study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(1), 1-11.

Notre revue de littérature

Dans un premier temps, nous nous sommes basées sur les titres issus de nos recherches dans les bases de données utilisées. Lorsque les titres semblaient correspondre à notre problématique, nous passions à l'étape suivante qui est la lecture de l'abstract. Il nous a semblé pouvoir repérer si ces derniers remplissaient nos critères d'inclusion et d'exclusion afin de passer ou non à la dernière étape qui consiste en la lecture complète des documents.

Nous avons également trouvé de nombreux articles traitant de notre problématique grâce à la rubrique "articles similaires" apparaissant dans les différentes bases de données.

Finalement, la réalisation d'un screening de la bibliographie des articles initialement sélectionnés nous a permis, à nouveau, d'élargir notre revue de littérature. En effet, cela nous a donné la possibilité de prendre connaissance de plusieurs articles pertinents pour la réalisation de notre travail que nous n'avions pas encore mis en évidence avec les premières méthodes de recherche décrites ci-dessus.

A la faveur de ces prospections, nous avons obtenu un grand nombre d'articles portant sur la problématique choisie. Suite à leur relecture et une réflexion commune, nous avons sélectionné cinq articles pour notre revue de littérature, ces derniers sont présentés dans la partie description de la revue de littérature, pp 45-51.

Durée de la revue de littérature

Ayant débuté nos recherches en mai 2017, nous avons sélectionné les cinq articles cités plus haut et avons ainsi décidé d'arrêter nos recherches en janvier 2018. Les articles en question ont d'abord été approuvés par notre directrice de mémoire.

Forces, limites et contraintes de la recherche de littérature

La première force de notre recherche se trouve dans le nombre important d'études portant sur la sexualité durant la période périnatale. C'est en effet un sujet qui a été abordé sous plusieurs angles, tant qualitatifs que quantitatifs.

Cependant, il convient de relever qu'une large part de la littérature traite du post-partum, période que nous avons décidé de ne pas prendre en compte pour la

réalisation de notre travail. En effet, notre mémoire portant exclusivement sur les trois trimestres de la grossesse, il ne comprend pas les suites de l'accouchement. Ce paramètre s'est ainsi avéré limitant à la lecture des titres d'articles. Nous avons en effet dû lire un grand nombre d'articles pour nous rendre compte qu'ils portaient essentiellement sur le post-partum et peu sur la grossesse.

En outre, nous avons rapidement pu constater que le point de vue masculin au sujet de la sexualité n'est que très peu traité à travers les différentes études réalisées jusqu'à maintenant. Lorsque le thème est abordé, il s'agit, la plupart du temps, de données qui ne sont pas récoltées directement auprès des hommes mais seulement à travers le ressenti de leur compagne. Il a donc été difficile de trouver des études portant uniquement sur la sexualité masculine au cours de la grossesse.

A contrario, il existe un nombre conséquent d'études évoquant le vécu des femmes concernant la sexualité pendant la grossesse. Nous avons donc pu prendre la liberté de choisir les articles les plus pertinents traitant de ce sujet et réalisés à la suite de différents types d'études (qualitative, quantitative, retrospective, transversale...) afin d'obtenir une vue globale comprenant les différents aspects et approches de la sexualité durant la grossesse. Par conséquent, la limite à laquelle nous sommes maintenant confrontées est que nos connaissances relatives au point de vue des mères sont bien plus approfondies que celles concernant les pères.

La littérature sélectionnée est le résultat d'études réalisées dans différents pays et cultures.

Comme le décrivent Araujo et al. (2012), les croyances concernant la sexualité durant la grossesse diffèrent selon les cultures et les pays :

Dans certaines sociétés, les pratiques sexuelles avec des femmes enceintes ou menstruées sont interdites car elles sont considérées comme dangereuses et pouvant entraîner l'impuissance, la stérilité ou engendrer des monstres. Au contraire, les femmes nigériennes, pensent que les relations sexuelles au cours de la grossesse sont bénéfiques car elles sont supposées élargir le vagin, facilitant ainsi le travail et l'expulsion du fœtus (traduction libre, p.553).

Les différences culturelles peuvent représenter une limite lorsque l'on traite du thème de la sexualité.

Ainsi il nous incombe de définir clairement le terme sexualité⁸ que nous allons utiliser dans notre travail, puis de garder un esprit critique à l'égard des études qui feraient appel à une définition différente.

Une limite demeure cependant; la considération des femmes ainsi que leur place dans la société où les études sont menées.

Selon Will et al. (2006):

Chaque culture ou époque accentue certaines caractéristiques et connotent d'une certaine manière les interactions entre les humains. Notre société occidentale valorise l'individu et la différenciation Les normes permettent sans aucun doute à des personnes de s'épanouir plus facilement et de se libérer d'un certain inconfort lié à leur relation sexuelle. Pour d'autre, en revanche, ce même paradigme risque d'entraîner de futures souffrances (p.278).

Nous ne pouvons donc pas affirmer que les normes occidentales citées ci-dessus soient comparables aux normes en vigueur dans le cadre d'études menées dans d'autre cultures ou pays tels que le Brésil, la Turquie, l'Israël et les Phillipines, pays dans lesquels ont été menées respectivement les études d'Araujo et al. (2012), Gokyildiz & Beji (2005), Sagiv-Reiss et al. (2012) et Sossah (2014).⁹

Finalement, nous constatons qu'un grand nombre d'études ont été réalisées durant la première décennie des années 2000. Ce fait nous a contraintes, par conséquent, à choisir et à nous appuyer essentiellement sur des articles datant d'il y a plus de dix ans.

Recherche de littérature de référence

Afin d'enrichir notre bibliographie nous avons également eu recours aux différentes bibliothèques de Genève et Lausanne qui se trouvent être d'excellentes ressources pour nous permettre d'aborder le thème de la sexualité dans sa globalité. Nous avons eu accès à différentes revues de santé, mais également à des travaux de master de la faculté de médecine ou encore des ouvrages de psychologie. Notre directrice de mémoire, Caroline Chautems, nous a aidé à étayer la dimension qualitative de notre problématique en nous conseillant des articles.

⁸ Défini dans la partie cadre de références théoriques, pp. 14-15.

⁹ Notion développée dans la partie cadre de référence théorique, p.23.

Dimension éthique

Lors de notre recherche de littérature, nous avons pris soin de vérifier que les principes d'éthique ont été respectés lors de la conduite des diverses études. Les articles choisis, tant pour la littérature de référence que pour les cinq articles, respectent de manière générale les quatre principes sus-mentionnés, à savoir l'autonomie des participants, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice.

Description de la revue de littérature

Araujo, N. M., Salim, N. R., Gualda, D. M. & Pereira Da Silva L. C. (2012). Body and sexuality during pregnancy. <i>The university of sao paulo nursing school journal</i>, 46(3), 552-558.	
Lieu	Sao Paulo, Brésil
Objectifs	Comprendre comment les femmes vivent les changements corporels durant la grossesse ainsi que leurs effets sur la sexualité
Design	Etude qualitative basée sur l'anthropologie médicale
Population étudiée	Population étudiée : 7 femmes enceintes dont 5 primipares et 2 multipares, âgées entre 20 et 41 ans, vivant à Jardim Keralux. Les critères d'inclusion pour cette étude sont : être enceinte, être âgée >19 ans, vivre à Jardim Keralux, un quartier de Sao Paulo.
Méthodologie	Les auteures ont d'abord rencontré les participantes dans un centre périnatal tenu par des sage-femmes. Les entretiens individuels ont été organisés dans un deuxième temps. Les femmes pouvaient choisir le lieu et le moment pour l'entretien. Ces derniers ont été enregistrés et ont duré entre 31 et 77 minutes. Les deux questions posées sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - Comment avez-vous vécu les transformations de votre corps ? - Comment avez-vous vécu et vivez-vous encore la sexualité durant la grossesse ? (Araujo & al., 2012, traduction libre, p.554)
Résultats principaux	Transformations physiques Les participantes rapportent différentes modifications physiques durant la grossesse ; la taille de l'abdomen, chevelure et la peau. En outre, les participantes craignent que ces changements restent permanents. Désir sexuel Lorsque l'auteur aborde la notion de sexualité, les participantes le comprennent comme le coït. Elles n'ont pas abordé d'autres formes d'intimité. Elles soulignent une baisse du désir sexuel, ce que leur partenaire ont compris. Les raisons de cette réduction du désir sont variées ; douleurs dans le bas ventre, saignement vaginal, douleurs générales, mouvements du bébé, peur de faire mal au bébé
Conclusion	La priorité est de prendre en compte la culture, les représentations et les expériences de vie des femmes afin de pouvoir leur apporter les meilleurs soins possibles. La reconnaissance des préoccupations de chaque femme est essentielle afin de garantir des pratiques professionnelles adéquates.
Forces et limites selon les auteurs	Pas citées

Gokyildiz, S., Beji, N. K. (2005). The effects of pregnancy on sexual life. <i>Journal of sex and Marial Therapy</i>, 31(3), 201-215.	
Lieu	Polyclinique anténatale de l'Université d'Istanbul, Faculté de Médecine.
Objectifs	Déterminer l'impact de la grossesse sur la vie sexuelle
Désign	Etude descriptive quantitative transversale
Population étudiée	Population étudiée 150 femmes en majorité âgées entre 19 et 29 ans (61.3%), 40% n'ayant pas poursuivi de formation après l'école primaire, 65.3% sans emploi, 52% de nullipares et toutes mariées depuis 2 ans ou plus. Critères d'inclusion ≥ 34 semaines d'aménorrhée (SA) grossesse physiologique (pas de contre-indications aux rapports sexuels avec pénétration)
Méthodologie	Données récoltées à l'aide d'un questionnaire contenant deux parties : 1) les aspects démographiques 2) les effets de la grossesse sur la vie sexuelle : 63 questions incluant les expériences sexuelles des femmes enceintes au cours des 3 trimestres de grossesse. Les chercheurs ont rempli les questionnaires lors d'entretiens en face à face avec les participantes.
Résultats principaux	<ul style="list-style-type: none"> - On observe une baisse significative au cours de la grossesse des différents aspects de la fonction sexuelle : fréquence des rapports sexuels (RS), fréquence du désir sexuel, durée des préliminaires et du coït, stimulation sexuelle, satisfaction sexuelle (particulièrement au 3e trimestre), orgasme. - La position du missionnaire est de moins en moins utilisée par les couples avec l'avancée de la grossesse - Les parturientes décrivent une peur des RS, particulièrement augmentée au 3e trimestre et chez les femmes âgées de 19 à 29 ans. Les raisons de cette peur ne sont pas spécifiées par les auteures. - Augmentation des dyspareunies avec l'avancée de la grossesse. - Les participantes ont obtenu des informations concernant la sexualité pendant la grossesse à travers les livres (24%) et les pairs/amis (33.3%)
Conclusion	Déclin général de tous les aspects de la fonction sexuelle avec l'avancée de la grossesse en comparaison avec la période pré-conceptionnelle. Cependant, si les couples recevaient plus d'informations adéquates de la part des professionnels de la santé concernant ces changements, il serait plus facile pour eux de les appréhender.
	Perspectives de recherche : études prospectives et expérimentales pour définir les besoins des couples.
Forces et limites selon les auteures	Forces : pas citées Limites : aspects rétrospectifs et descriptifs de l'étude sur une période définie

Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H. & Šunjić, M. (2015). <i>Sexuality During Pregnancy : What Is Important for Sexual Satisfaction in Expectant Fathers ?</i>. <i>Journal of Sex & Marital Therapy</i>, 41(3), 282-293.	
Lieu	Clinique prénatale au Centre Hospitalier Universitaire « Sisters of Mercy » de Zagreb, Croatie
Objectifs	<p>- étudier le compte rendu des hommes concernant la fréquence de leurs relations sexuelles lors du 3ème trimestre de grossesse de leur compagne et les différentes raisons qui peuvent empêcher les couples d'avoir des relations sexuelles au cours de la grossesse.</p> <p>hypothèse : fréquence des RS diminuée en comparaison avec la période préconceptionnelle, sans pour autant entraîner un changement radical au niveau du désir sexuel.</p> <p>- déterminer l'importance de la fréquence des relations sexuelles, des facteurs relationnels et des préoccupations spécifiques à la grossesse pour la satisfaction sexuelle des hommes durant la grossesse de leur partenaire.</p> <p>hypothèse : fréquence des RS et les différents aspects relationnels contribueraient à la satisfaction sexuelle générale.</p>
Design	étude quantitative transversale corrélationnelle
Population étudiée	<p>Population étudiée : échantillon de 105 hommes avec une moyenne d'âge de 30.9 ans et en couple depuis, en moyenne, 5.8 ans. 88.6% des participants mariés à leur partenaire, 64.8% pères pour la première fois. La majorité des hommes de l'échantillon ont fini l'école secondaire (65%) et sont professionnellement actifs (92%).</p> <p>Critères d'inclusion : partenaire enceinte, ≥ 32 SA, vivre en couple, grossesse sans complications.</p>
Méthodologie	<p>3 questionnaires différents utilisés</p> <p>1) Aspects démographiques et informations générales concernant la grossesse.</p> <p>2) Perceived Quality of Marital Relationship questionnaire (PQMR) pour mesurer la satisfaction des participants à propos des différents aspects relationnels entretenus avec leur compagne.</p> <p>3) The Sexual Behavior During Pregnancy Questionnaire : données sur la sexualité au cours de la grossesse fréquence rapports/satisfaction/ désir/désir perçu chez partenaire), les changements observés en comparaison à la période préconceptionnelle ainsi que les facteurs freinant les participants d'avoir des RS.</p> <p>Les participants ont été recrutés à la clinique prénatale lors de consultations de grossesse de routine de leur partenaire.</p>
Résultats principaux	<p>La majorité des participants (60%) rapportent un désir sexuel similaire à celui d'avant la grossesse.</p> <p>La fréquence des RS diminue en comparaison avec la période préconceptionnelle (71.4%).</p> <p>Même si une baisse de satisfaction sexuelle est rapportée par presque la moitié des hommes (46.7%), ceux-ci rapportent une satisfaction sexuelle comme étant plutôt haute ainsi qu'une satisfaction globale élevée des aspects relationnels avec leur partenaire.</p> <p>Satisfaction sexuelle associée positivement et significativement avec les facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • fréquence des RS $p < 0.01$ • différents aspects relationnels tels que la satisfaction de l'union maritale en général ($p < 0.01$), la communication ($p < 0.01$) et l'intimité ($p < 0.01$). Ce dernier aspect étant le plus déterminant de tous pour la satisfaction sexuelle.

	Facteur prédominant empêchant les hommes d'avoir des relations sexuelles : la peur pour la santé du fœtus suite aux RS. Ce facteur n'est cependant pas significativement déterminant pour la satisfaction sexuelle.
Conclusion	<p>Les résultats de l'étude suggèrent que les aspects non sexuels d'une relation (en particulier l'intimité au sein du couple) sont des prédicteurs plus importants de la satisfaction sexuelle des hommes que la fréquence des RS. Ces résultats concordent avec ceux de Barrientos & Paez (2006) ainsi que ceux de Young, Denny, Luquis & Young (1998).</p> <p>Les effets négatifs des RS sur la santé du fœtus est mentionnée par un pourcentage élevé des participants. Cela souligne indirectement l'importance de l'enseignement concernant la sexualité au cours de la grossesse qui doit être transmis aux couples par les professionnels de la santé.</p> <p>Perspectives de recherche</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recherches longitudinales s'étendant de la période pré-conceptionnelle jusqu'à une année post-partum avec des échantillons plus larges et plus aléatoires. 2) Recherches se focalisant sur la divergence entre le désir sexuel et la fréquence/satisfaction sexuelle chez les deux partenaires. 3) Recherches considérant également dans les résultats obtenus les aspects relationnels dans les résultats obtenus pour la satisfaction sexuelle et fréquence des RS avec des comparaisons hommes/femmes. 4) Cette étude considère les RS en général, il serait intéressant de mener une étude distinguant les différents types d'activité sexuelle.
Forces et limites selon les auteurs	<p>Forces: nouvel aperçu des expériences sexuelles des futurs pères, sujet négligé dans la littérature scientifique. Aspects comportementaux et subjectifs des expériences sexuelles pris en considération. Etude établissant l'importance des différents aspects relationnels pour la satisfaction sexuelle des hommes au cours de la grossesse de leur partenaire.</p> <p>Limites: données sur fréquence des RS sont uniquement rétrospectives (pertinence de mettre en place étude longitudinale). Echantillon de commodité: des hommes accompagnant leur partenaire aux consultations prénatales (CPN) sont-ils plus impliqués dans la grossesse et dans la relation?</p>

Sagiv-Reiss, D. M., Birnbaum, G. E. & Safir, M. P. (2012). Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. <i>Archives of Sexual Behavior</i>, 41(5), 1241-1251.	
Lieu	Pas spécifié mais certainement en Israël car femmes/couples israéliens
Objectifs	Répondre aux hypothèses suivantes : 1. Désir sexuel plus bas chez les femmes enceintes que chez leur conjoint et que chez les femmes non enceintes 2. Le désir et la satisfaction sexuels diminuent au cours de la grossesse chez les femmes enceintes 3. Le désir sexuel change mais également les motivations d'engager les pratiques sexuelles durant la grossesse 4. Les femmes enceintes auront une relation sexuelle pour des raisons interpersonnelles/couple plus que leurs aïes
Design	masculins et femmes non enceintes Les auteurs ont conduit trois études différentes : Study 1 : quantitative observationnelle descriptive transversale Study 2 : quantitative observationnelle descriptive longitudinale durant les trois trimestres de grossesse Study 3 : quantitative observationnelle descriptive longitudinale durant les trois trimestres de grossesse (principalement les 2 ^e et 3 ^e trimestres)
Population étudiée	Populations étudiées Study 1 : 175 femmes israéliennes non enceintes en couple depuis 6 mois à 2 ans, 75% avec enfants et 186 femmes israéliennes enceintes en couple depuis 6 mois à 2 ans, enceinte depuis 5 à 40SA (23% au 1 ^e trimestre ; 39% au 2 ^e trimestre ; 38% au 3 ^e trimestre, 74% nullipare) Study 2 : 25 femmes enceintes israéliennes, de 25 à 41 ans, en couple depuis 10 mois à 14 ans, 64% sont nullipares Study 3 : 31 couples israéliens, composés de femmes de 22 à 39 ans, avec un niveau d'étude variant de 12 à 21 années, ainsi que des hommes de 24 à 47 ans, avec un niveau d'étude similaire, allant de 12 à 22 années.
Méthodologie	Study 1 : Les deux groupes (femmes enceintes et non enceintes) ont répondu à un questionnaire regroupant des échelles pré existantes : The Isareali sexual behavior inventory (ISBI ; Kravetz, Drory, & haked, 1999), Sex motives scale (SMS ; Cooper, Shapiro, & Powers, 1998), Percieved relationship quality components (PRQC ; Fletcher, Simpson, & Thomas, 2000), déposé sur internet. Study 2 : Les participantes (femmes enceintes) doivent remplir le même questionnaire que celui utilisé pour le STUDY 1 (ISBI, SMS, PRQC), une fois par trimestre. De plus, un questionnaire supplémentaire est ici ajouté : Experience of heterosexuality intercourse scale (EHIS ; Birnbaum & Laser-Brandt, 2002) Study 3 : Les participants (femmes enceintes et leur conjoint) répondent aux mêmes questionnaire que pour le STUDY 2, les couples doivent y répondre de manière séparée.
Résultats principaux	Désir sexuel - Les femmes enceintes ont un niveau plus bas de désir sexuel et d'intimité que les femmes non enceintes (ANOVAS : ISBI, p<.001)

	<p>- Les femmes enceintes rapportent un désir sexuel plus bas ainsi qu'une réponse orgasmique plus basse que pour leur partenaire (ANOVAS : SMS, $p < .05$)</p> <p>Coït</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le plaisir durant l'acte sexuel diminue entre le 1^e et le 3^e trimestre, sans pour autant être perçu comme un événement négatif (MANOVAS : EHIS 1st subscale, $p < .05$) - Il n'y a pas de différence significative tant chez la femme enceinte que chez son partenaire, concernant l'expérience sexuelle ou amoureuse entre le 2^e et 3^e trimestre <p>Qualité des relations de couple</p> <ul style="list-style-type: none"> - La qualité des relations ainsi que la fonction sexuelle ne diminuent pas significativement durant la grossesse (MANOVAS : ISBI/SMS/PROQ, $p > .05$) <p>=> Les femmes enceintes accordent plus d'importance à la part émotionnelle de leur relation + la relation sexuelle devient moins importante qu'avant la grossesse + maintenir sa relation est devenue plus important et apporte davantage de sens</p>
Conclusion	Durant la grossesse, les femmes éprouvent moins de plaisir lors des RS mais ceci n'est pas nécessairement vu comme un symptôme ou une difficulté, plutôt comme un ajustement de cette période transformatrice du couple.
Forces et limites selon les auteurs	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etude prospective contenant les réponses des deux membres du couple. <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les échantillons de population sont constitués de personnes volontaires. Il n'est donc pas certain qu'il soit possible de généraliser ces résultats. - STUDY 2 suit les femmes dès le début de leur grossesse et durant la période péri conceptionnelles. Les données concernant les femmes non enceintes sont tirées de STUDY 1. - Le nombre de mois nécessaires à tomber enceinte varient énormément selon les couples. Cela n'a pas été pris en compte. - STUDY 3 ne débute qu'au 2^e trimestre. Les auteurs n'ont pas réussi à recruter d'échantillon durant le 1^e trimestre. - Les études longitudinales devraient commencer avant la conception et continuer jusqu'à 1 an post-partum.

Sossah, L., (2014). Sexual behavior during pregnancy : a descriptive correlational study among pregnant women. <i>European Journal Of Research In Medical Sciences</i>, 2(1), 16-27.	
Lieu	Philippines pour l'étude effectuée
Objectifs	Investiguer l'étendue des connaissances, croyances, attitudes et comportements envers la sexualité durant la grossesse chez les femmes enceintes, ainsi que les corrélations existantes entre ces derniers.
Design	Etude quantitative observationnelle descriptive transversale
Population étudiée	Population étudiée : 170 femmes de Santa Rosa, Laguna, Philippines (25.4% secondipares, 24.1% terciipares et quadripares / 35.5% 1 ^e trimestre de grossesse / 60% diplômées d'un niveau de scolarité équivalent à la maturité gymnasiale. Critères d'inclusion : 15-49 ans, >5 SA, possibilité d'écrire et lire en tagalog (dialecte) ou anglais, mariée ou en couple Critères d'exclusion : Dysfonction sexuelle sévère, complications de grossesse
Méthodologie	Les auteurs ont mis eux-mêmes en place un questionnaire ayant pour but de collecter des données sur les connaissances en matière de sexualité, croyances, attitudes et comportements durant la grossesse. Le questionnaire a été transmis par les sages-femmes des centres médicaux.
Résultats principaux	Le désir sexuel est influencé par deux facteurs : l'attitude envers la sexualité et l'âge de grossesse A) Plus la grossesse est avancée, plus le désir sexuel diminue ($b = -0.239$) B) Plus l'attitude envers la sexualité est positive, plus le désir sexuel augmente ($r = 0.252$). On peut également souligner dans les résultats : Le niveau de désir sexuel est bas ($M = 3.36$) chez les participantes. Ce résultat corrobore la fréquence des RS, qui est elle aussi basse ($M = 2.90$). La peur de faire mal au bébé est la principale raison donnée ($M = 2.43$). La fréquence des rapports intimes sans pénétration est influencée par la connaissance, l'âge, l'attitude envers la sexualité durant la grossesse et l'âge gestationnel : A) L'attitude positive élevée ($r = 0.227$), un niveau de connaissance élevé ($r = 0.285$) augmentent la fréquence de ces rapports. B) L'âge maternel avancé ($b = -0.189$) et l'âge gestationnel avancé ($b = -0.151$) les diminuent. La fréquence du coït est influencée par le niveau de connaissances. Plus le niveau de connaissances concernant la sexualité durant la grossesse est élevé, plus la fréquence augmente ($b = 0.228$).
Conclusion	Toutes les femmes doivent être informées concernant la sexualité durant la grossesse aux CPN. Une attention particulière doit être donnée aux femmes ayant un bas niveau de connaissances concernant la sexualité durant la grossesse. Celles-ci auraient tendance à plutôt développer une attitude négative vis à vis de cette dernière.
Forces et limites selon les auteurs	Pas citées

Analyse éthique des cinq articles sélectionnés

Araujo et al. (2012)	Ethique
✓ Etude approuvée par le comité de recherche sur l'éthique de l'université de Sao Paulo ✓ Anonymisation ✓ Consentement éclairé ✓ Participation volontaire	✓ Respectée
Gokyildiz & Beji (2005)	Ethique
∅ Notion d'approbation par un comité de recherche sur l'éthique ∅ Notion d'anonymisation ∅ Consentement éclairé ✓ Participation volontaire	+/- Respectée
Nakic Rados et al. (2015)	Ethique
✓ Etude approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital universitaire de Zagreb ✓ Anonymisation ✓ Consentement éclairé ✓ Participation volontaire	✓ Respectée
Sagiv-Reiss et al. (2012)	Ethique
∅ Notion d'approbation par un comité de recherche sur l'éthique ∅ Notion d'anonymisation ✓ Consentement éclairé ✓ Participation volontaire	+/- Respectée
Sossah (2014)	Ethique
∅ Notion d'approbation par un comité de recherche sur l'éthique ✓ Anonymisation ✓ Consentement éclairé ✓ Participation volontaire	+/- Respectée

Forces et limites de la méthodologie

Echantillon

Les échantillons de population des cinq articles sélectionnés peuvent être considérés comme étant conséquents. En effet, pour les quatre études quantitatives, entre 105 et 300 participants ont été sélectionnés et interrogés. Les auteurs de l'étude qualitative ont conduit des entretiens auprès de sept femmes, ce qui est raisonnable pour ce type d'étude.

Trois études (Araujo et al., 2012 ; Gokyildiz & Beji, 2005 ; Nakić Radoš et al., 2015) ont intégré le critère d'inclusion/exclusion suivant : grossesse physiologique ou absence de contre-indication à la pénétration. Toutes les études, à l'exception de celle menée par Araujo et al. (2012), ont obtenu des résultats provenant de participants en couple ou mariés. Ainsi nous pouvons considérer que les populations étudiées sont homogènes du point de vue obstétrical (grossesse physiologique) et de l'état civil (concubinage ou mariés). Elles incluent uniquement des couples hétérosexuels.

Cependant, toutes les études sélectionnées ont été conduites dans des pays différents. La majorité n'a pas été menée dans des pays occidentaux.

Etude	Echantillon	Lieu de l'étude
Araujo et al., 2012	7 femmes	Brésil
Gokyildiz & Beji, 2005	150 femmes	Turquie
Nakić Radoš et al., 2015	105 hommes	Croatie
Sagiv-Reiss et al., 2012	Study 1 : 300 femmes Study 2 et 3 : 30 femmes	Israël
Sossah, 2014	170 femmes	Philippines

Ce constat peut questionner la possibilité d'interpréter les résultats à travers notre représentation occidentale de la sexualité.

Design

Notre revue de littérature comprend quatre études quantitatives descriptives (Gokyildiz & Beji, 2005 ; Nakić Radoš et al., 2015 ; Sagiv-Reiss et al., 2012 ; Sossah, 2014) et une étude qualitative (Araujo et al., 2012). Les études quantitatives descriptives représentent un niveau scientifique de preuves faible (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 2000). Leur thématique excluait toutefois de recourir à un autre moyen de récolte de données. Les questionnaires ou entretiens menés par les auteurs étaient dès lors le meilleur moyen d'appréhender la sexualité des couples durant la grossesse. Ce système de récolte de données peut donc être considéré comme adéquat malgré la gradation définie par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Trois études (Nakić Radoš et al., 2015 ; Sagiv-Reiss et al., 2012 ; Sossah, 2014) ont utilisé des questionnaires pré-existants ou validés par des experts afin de mener leur étude. Quant à Gokyildiz & Beji (2005), ils ne spécifient pas si leur questionnaire a été validé ni comment.

Méthodologie

Dans les cinq études, les questionnaires ont été transmis au travers des CPN ou des centres de périnatalité. Les sujets ont choisi de participer volontairement aux études. Ce facteur représente un biais de sélection et nous questionne sur la possibilité d'élargir les résultats à la population générale. La thématique des études ayant été exposée aux couples au préalable, nous pouvons en effet supposer que les participants étaient à la base plus enclins à aborder ce champ intime.

Concernant l'étude qualitative d'Araujo et al. (2012), les auteurs étaient présents lors de la conduite de l'entretien. Cette modalité est similaire à celle de l'étude menée par Gokyildiz & Beji (2005) où les chercheurs ont rempli les questionnaires lors des entretiens en face à face avec les participantes. Ceci constitue un biais de déclaration. En effet, lorsque l'on interroge une population concernant une thématique telle que la sexualité, un sujet perçu comme tabou par la majorité, les réponses tendent à vouloir "plaire" à l'interlocuteur plutôt que correspondre réellement à l'expérience et au ressenti. Cette réflexion peut certes s'appliquer à toute étude incluant un contact direct entre chercheurs et participants. Comme expliqué dans le cadre de référence théorique, le thème de la sexualité a cependant

ceci de particulier qu'il est associé, dans notre société, à celui de la performance. Cette considération renforce le biais de déclaration.

VI. Présentation des résultats

L'impact de la grossesse sur le désir sexuel des couples

Les études de notre revue de littérature ont toutes démontré, sans exception, une baisse du désir sexuel chez les femmes au cours de la grossesse. Gokyildiz & Beji (2005) nuancent ce résultat en soulignant l'influence de facteurs démographiques sur le désir. A titre d'exemple, l'âge de la femme est inversement proportionnel au désir sexuel ressenti lors de la grossesse. La durée du mariage est également déterminante : le désir diminuerait à partir de deux années de mariage.

Par ailleurs Sossah (2014) relève qu'une attitude positive¹⁰ envers la sexualité durant la grossesse augmente le désir sexuel ($p < .001$). Sagiv-Reiss et al. (2012) soulignent un désir moindre chez les femmes que chez leur partenaire pour les trois trimestres de la grossesse ($p < .05$), sans pour autant varier significativement durant les trois trimestres ($p > .05$). Concernant les hommes, Nakić Radoš et al. (2015) ont démontré que la plupart d'entre eux (60%) ne ressentent pas de changements au niveau de leur désir sexuel. Araujo et al. (2012) rapportent également une baisse de désir sexuel chez les femmes, toutefois bien acceptée par leur partenaire. Cependant il est intéressant de préciser que, selon les dires d'une participante de l'étude, la baisse de désir ne concernait pas son conjoint.

L'impact de la grossesse sur les pratiques intimes et sexuelles sans pénétration

La pratique des relations intimes et sexuelles sans pénétration est un aspect qui n'est pas développé dans tous les articles de notre revue de littérature. L'étude menée par Sossah (2012) cite différents gestes pratiqués par le couple : câlins, baisers, masturbation, caresses de la poitrine. Elle obtient les résultats suivants : les femmes rapportent pratiquer les câlins de manière régulière (22.1%) voire constante (32.1%). Les baisers sont également une pratique appréciée des couples ; ils s'y adonnent toujours ou la plupart du temps (63%). Quant à la masturbation, elle arrive en dernière position, avec une majorité rapportant ne l'avoir jamais pratiquée (66.5%), tout comme les caresses de la poitrine. L'auteur interprète l'ensemble des pratiques intimes comme étant de fréquence moyenne ($M=2.73$). Quant à Gokyildiz

¹⁰ Notion non explicitée par l'auteure

& Beji (2005), ils constatent une baisse de la durée des préliminaires au cours de la grossesse.

A nouveau, différents facteurs externes influencent la pratique de ces relations intimes. Une attitude positive ainsi qu'un niveau de connaissances élevé sur la sexualité pendant la grossesse contribue à augmenter l'usage de ces pratiques. A l'inverse, un âge maternel augmenté tend à les diminuer, tout comme un âge gestationnel avancé (Sossah, 2012).

Dans l'étude menée par Nakić Radoš et al. (2015), l'intimité s'avère être un facteur important de la satisfaction sexuelle chez les hommes au cours de la grossesse. Néanmoins, cette notion d'intimité n'est pas clairement définie par les auteurs, qui semblent la considérer comme un caractère non sexuel.

L'impact de la grossesse sur les pratiques sexuelles avec pénétration

Fréquence des rapports sexuels

Gokyildiz & Beji (2005) démontrent une baisse significative de la fréquence des relations sexuelles en comparaison avec la période préconceptionnelle. Cette diminution survient graduellement au cours de la grossesse avec une différence significative entre chaque trimestre (1er T - 2ème T $p < 0.0002$, 1er T - 3ème T $p < 0.0000$, 2ème T - 3ème T $p < 0.0000$). Parallèlement à la fréquence, la durée du coït diminue également au cours de la grossesse.

Sossah (2012) rapporte également une fréquence diminuée des rapports sexuels pour les participantes de son étude ($M=2.90$). Elle révèle que 18.2% des participantes suppriment totalement les rapports durant la grossesse, 28.2% les pratiquent une fois par mois, 25.3% une fois par semaine et finalement 0.6% rapportent pratiquer 5 à 6 fois par semaine. Cette étude ne rapporte malheureusement pas de chiffres concernant la fréquence des rapports sexuels avant la grossesse. Il n'est donc pas possible de comparer ces données avec des données relevées lors de la période préconceptionnelle.

Plusieurs facteurs participent à la diminution de la fréquence des rapports sexuels : les résultats des études menées par Nakić Radoš et al. (2015), Sossah (2012), Araujo et al. (2012) et Gokyildiz & Beji (2005) se rejoignent et mettent en évidence

les préoccupations du couple quant à la santé du fœtus. Nakić Radoš et al. (2015) parviennent à la conclusion que cette peur constitue le facteur principal de la baisse de l'activité sexuelle pour les hommes, suivi par d'autres raisons telles que le refus de la partenaire, l'impossibilité de trouver une position adéquate, la surcharge de travail, l'apparence de la partenaire et la "mauvaise humeur"¹¹. Sossah (2012) montre des résultats qui vont dans le même sens: les parturientes craignent pour la santé de leur bébé et plus particulièrement une fausse couche (M=2.52). L'auteure relève que l'impact de ces croyances sur la sexualité des participants pendant la grossesse reste tout de même faible (M=2.72). Quant à Araujo et al. (2012) ils précisent que les parturientes craignent de faire mal à leur bébé lors des rapports sexuels. Cette raison invoquée par les participantes n'étant pas développée par les auteurs, il n'est cependant pas possible de comprendre précisément ce qu'elles entendent par "faire mal au bébé".

Finalement, Gokyildiz & Beji (2005) relèvent que 17.3% des femmes de leur échantillon pensent que la sexualité pendant la grossesse peut être dangereuse pour le fœtus mais également pour elles-mêmes¹².

D'autres facteurs influençant la fréquence des rapports sexuels sont mis en évidence dans l'étude entreprise par Sossah (2012). L'auteure cite la crainte de la femme que le bébé puisse sentir que ses parents pratiquent le coït (M=2.55), cette peur participant à la baisse de la fréquence des rapports sexuels.

A contrario, Sossah (2012) prouve de manière significative qu'un niveau de connaissances élevé au sujet de la sexualité pendant la grossesse chez la femme enceinte tend à augmenter la fréquence des rapports sexuels ($p < 0.008$).

Tout comme Sossah (2012) et Gokyildiz & Beji (2005), Araujo et al. (2012) démontrent dans leur étude que la diminution des rapports sexuels est associée à différents facteurs. Ils citent notamment les saignements vaginaux, les douleurs dans le bas ventre et les mouvements du fœtus ressentis.

L'étude entreprise par Araujo et al. (2012) note également une diminution des rapports sexuels durant la grossesse. Ceci est expliqué par certaines modifications physiologiques de la grossesse. Par exemple, le ventre qui s'arrondit au fil de la grossesse n'est pas toujours perçu positivement. Certaines femmes peuvent

¹¹ Traduit littéralement par nos soins de l'expression anglaise "bad mood" (Nakić Radoš et al., 2015, p.286)

¹² Notion non explicitée par les auteurs

ressentir une douleur et un inconfort liés à ce poids supplémentaire. En effet, les activités quotidiennes deviennent plus difficiles à entreprendre. De plus, l'apparition de boutons ainsi que de poils supplémentaires sur le visage est particulièrement dérangeante. Leur image corporelle est modifiée et les participantes confient avoir du mal à l'accepter. En outre, les femmes expriment l'inquiétude que ces changements persistent au-delà de l'accouchement et conduisent à un rejet de la part de leur partenaire.

Les compte-rendus concernant la fréquence des rapports sexuels semblent être cohérents entre les femmes et leur partenaire. En effet, l'étude menée par Nakić Radoš et al. (2015) nous indique que la majorité des hommes (71.4%) considère également avoir moins fréquemment des rapports sexuels au cours de la grossesse qu'avant celle-ci.

Concernant les modifications physiologiques découlant de la grossesse, Gokyildiz & Beji (2005) nomment également une augmentation significative des dyspareunies entre la période préconceptionnelle et la grossesse. Les dyspareunies augmentent au cours de la grossesse, particulièrement au 3ème trimestre ($p < 0.0036$). Leur impact sur l'activité sexuelle est démontré dans l'étude qualitative de Araujo et al. (2012).

Fonction sexuelle

Sagiv-Reiss et al. (2012) n'ont pas obtenu de résultats significatifs démontrant une baisse de la fonction sexuelle au cours des trimestres chez la femme ($p > .05$).

Satisfaction sexuelle (générale: aspects sexuels mais également relationnels)

L'étude de Sagiv-Reiss et al. (2012) rapporte une diminution du plaisir au cours de la grossesse ($p < .05$) lors des rapports sexuels mais sans pour autant être perçu comme un événement négatif. En outre, la réponse orgasmique féminine est plus basse que celle de leur partenaire ($p < .001$).

On retrouve dans la recherche entreprise par Nakić Radoš et al. (2015) un schéma similaire à celui mis en évidence par Sagiv-Reiss et al. (2012). En effet, parallèlement à la baisse de la fréquence sexuelle et de la réponse orgasmique,

46.7% des hommes disent ressentir une baisse dans la satisfaction sexuelle pendant la grossesse contre 47.6% qui ne ressentent aucun changement. Cependant, malgré ce déclin, les auteurs constatent que la satisfaction sexuelle reste généralement élevée. Ceci s'expliquerait par les facteurs relationnels qui se révèlent être très importants pour la satisfaction sexuelle, particulièrement la proximité entre les partenaires définie ici par les auteurs comme : l'intimité, la compréhension mutuelle, le sentiment d'être comblé et soutenu par la relation, la possibilité de pouvoir se reposer sur le partenaire au besoin.

Les résultats obtenus par Gokyildiz & Beji (2005) se recourent avec ceux de Nakić Radoš et al. (2015) et Sagiv-Reiss et al. (2012) : la satisfaction sexuelle des femmes diminue au cours de la grossesse et plus particulièrement au 3ème trimestre. Contre 79.3% de femmes sexuellement satisfaites avant la grossesse, on retrouve 56% au 1er trimestre, 42.7% au 2ème trimestre et finalement 20% au dernier trimestre. La réponse orgasmique diminue elle aussi au fur et à mesure de la grossesse : 24% des participantes n'ont pas eu d'orgasme au 1er trimestre, 27.3% au 2ème trimestre et finalement 52.7% au 3ème trimestre.

L'influence et le rôle des soignants

Les auteurs Gokyildiz & Beji (2005), Nakić Radoš et al. (2015) ainsi que Sossah (2014) nomment l'importance d'une information adéquate aux couples sur la sexualité durant la grossesse. En effet, la première étude recense 24% des participants ayant obtenu des informations via des livres, 33.3% via leurs pairs/amis, et aucune via les professionnels de la santé.

L'étude portant sur les pères (Nakić Radoš et al., 2015) souligne quant à elle l'incidence élevée de participants relatant une peur des effets négatifs que les rapports sexuels pourraient engendrer sur la santé foetale et ainsi l'intérêt d'une forme d'enseignement donné aux couples afin de les préparer aux changements possibles dans leurs relations sexuelles au cours de la grossesse.

VII. Discussion

Discussion

Le but premier de notre travail de Bachelor consistait à analyser les impacts respectifs sur la sexualité durant la grossesse des modifications physiologiques de la grossesse et des croyances et représentations sur la sexualité durant cette période. Au terme de l'analyse des cinq articles choisis à partir de notre revue de littérature, nous constatons que ce sont effectivement les facteurs prédominants qui influencent la sexualité durant cette période. Par ailleurs, nous retiendrons également les facteurs démographiques largement cités dans la littérature, même si leur impact reste controversé¹³. L'ensemble de ces facteurs conduit à des modifications des habitudes sexuelles chez les couples durant la grossesse. Il est nécessaire que les professionnels de la santé en soient informés, afin que ce thème fasse partie intégrante de l'anamnèse du dossier de grossesse.

Désir sexuel et libido

Les études de notre revue de littérature menées par Sagiv-Reiss et al. (2012) et Nakić Radoš et al. (2015) constatent une différence entre hommes et femmes concernant le désir sexuel pendant la grossesse. Les femmes expérimentent une baisse de leur libido sans changement significatif d'un trimestre à l'autre, tandis que leurs partenaires, n'en signalent aucune. Ces résultats sont confirmés par l'étude conduite par Galazka et al. (2014). En revanche, plusieurs études démontrent des résultats opposés selon lesquels le désir sexuel féminin augmenterait au cours du deuxième trimestre de grossesse (Atputharajah, 1987 ; Reamy, White, Daniell & Le Vines, 1982).

Les pratiques intimes et sexuelles sans pénétration

Les discordances relevées ci-dessus peuvent être expliquées par des changements de pratiques sexuelles chez les couples. Bermudez, Sanchez & Buéla-Casal (2001) émettent l'hypothèse que le désir sexuel ne diminue pas forcément au cours de la grossesse car les couples peuvent adopter un nouveau comportement sexuel n'incluant pas la pénétration. Différentes pratiques sexuelles de ce type peuvent ainsi représenter une alternative pour les couples. Les câlins, les baisers, la

¹³ Développé dans la partie cadre de références théoriques, p. 25.

masturbation et les caresses de la poitrine sont des gestes intimes que les femmes disent pratiquer.

Atputharajah (1987) observe que les activités intimes sans pénétration peuvent prendre une place plus importante dans la sexualité des femmes pendant la grossesse que les pratiques sexuelles incluant le coït. L'auteur souligne l'inconfort engendré par l'état gravide qui conduirait les femmes à préférer des pratiques intimes sans pénétration durant cette période. Il précise cependant que de manière générale et en dépit de ce nouvel équilibre généré par la grossesse, les pratiques sexuelles, avec ou sans pénétration, tendent à diminuer au cours des neuf mois de gestation.

Von Sydow (1998) corrobore ces résultats, tout en précisant que la diminution des pratiques sexuelles sans pénétration n'intervient qu'à partir du sixième mois. Gokyildiz & Beji (2005) démontrent également une réduction de la durée des préliminaires au cours de la grossesse.

Les pratiques sexuelles avec pénétration

Concernant les pratiques sexuelles avec pénétration, trois études de notre revue de littérature (Gokyildiz & Beji, 2005 ; Nakić Radoš et al., 2015 ; Sossah, 2014) indiquent une baisse significative de la fréquence des rapports sexuels pendant la grossesse en comparaison avec la période préconceptionnelle. Gokyildiz & Beji (2005) précisent qu'il existe également une baisse de cette fréquence au fil des trimestres, donnée pour laquelle Sagiv-Reiss et al. (2012) n'ont, quant à eux, pas obtenu de résultat significatif. Enfin, de manière générale, on peut constater qu'une large part de la littérature scientifique conclut à une diminution des rapports sexuels durant la grossesse (Chang, Chen, Lin & Yu, 2011 ; Staruch et al., 2016 ; Von Sydow, 1998).

Croyances et représentations

Dans la partie *croyances et représentations et leur influence sur la sexualité*, pp.23-24, nous mentionnons plusieurs représentations et croyances concernant la sexualité pendant la grossesse. Une représentation courante chez les couples est la peur d'atteindre la santé foetale suite aux rapports sexuels avec pénétration. Effectivement, nous pouvons constater que quatre études de notre revue de

littérature (Araujo et al., 2012 ; Gokyildiz & Beji, 2005 ; Nakić Radoš et al., 2015 ; Sossah, 2014) exposent les préoccupations du couple à ce sujet. Nakić Radoš et al. (2015) considèrent même que cette peur est le principal facteur responsable chez les hommes de la baisse des rapports sexuels au cours de la grossesse de leur compagne tandis que Sossah (2012) établit l'impact de cette croyance comme étant tout de même faible. Dans notre revue de littérature, on retrouve principalement la peur de la fausse couche (Sossah, 2012), de "faire mal au bébé" (Araujo et al., 2012, traduction libre, p. 555 ; Nakić Radoš et al., 2015, traduction libre, p. 288), de la prématurité et des infections (Nakić Radoš et al., 2015). Selon ces résultats, nous constatons :

qu'il existe une confusion fréquente dans l'esprit des femmes entre le vagin et le col. Cet accès possible "au dedans" du corps que constitue la cavité vaginale se vit fantasmatiquement comme un accès possible à tout le dedans, y compris bien entendu la cavité utérine (Tourné, 2003, p. 91).

Il est intéressant de relever que les deux facteurs étudiés à travers ce travail se conjuguent, voire s'entremêlent puisque certaines modifications physiologiques de la grossesse peuvent conduire à des croyances et représentations, qui elles-mêmes sont susceptibles de modifier l'activité sexuelle du couple. Nous pensons notamment à l'image corporelle modifiée (ventre arrondi, prise de poids, boutons, poils, dyspareunies) pouvant influencer positivement ou négativement la vie sexuelle des futurs parents (Araujo et al., 2012). En effet, ces changements physiologiques peuvent induire une baisse de l'estime de soi chez la femme, la faisant se sentir moins désirable (Lee et al., 2010 ; Von Sydow, 1989), ceci menant à une baisse de la fréquences des rapports sexuels (Naldoni et al., 2011). De surcroît, les femmes imaginent leur nouveau physique comme pouvant perdurer au-delà de la naissance de leur enfant. Cependant, la vision du père relative à ces changements peut s'avérer être positive: le ventre qui s'arrondit représente alors un objet de désir (Araujo et al., 2012).

Satisfaction sexuelle

De façon similaire à la fréquence des rapports sexuels, la réponse orgasmique diminue au fil de la grossesse chez la femme comme chez l'homme (Gokyildiz & Beji, 2005 ; Nakić Radoš et al., 2015 ; Sagiv-Reiss et al., 2012). Parallèlement, les

auteurs démontrent une baisse de la satisfaction sexuelle chez les couples (Gokyildiz & Beji, 2005 ; Nakić Radoš et al., 2015), résultat ultérieurement démontré par Von Sydow (1989). Cependant, cette diminution de la satisfaction sexuelle n'est pas forcément perçue par les couples comme un événement négatif car elle est compensée par une proximité relationnelle accrue, ce paramètre se révélant être plus prédictif que la fréquence des rapports sexuels et la réponse orgasmique, un résultat qui peut sembler contre-intuitif (Nakić Radoš et al., 2015 ; Sagiv-Reiss et al., 2012). Lee et al. (2010) constatent aussi que la fréquence des rapports sexuels n'est pas un aspect prépondérant de la satisfaction sexuelle des femmes pendant la grossesse.

L'influence et le rôle des soignants

De manière générale, les auteurs (Gokyildiz & Beji, 2005 ; Nakić Radoš et al., 2015 ; Sossah, 2014) se rejoignent pour souligner le manque actuel et l'importance de l'accompagnement des couples par les professionnels de la santé durant la grossesse. Informés de façon adéquate, les couples pourraient se préparer aux changements éventuels dans leur vie sexuelle durant la grossesse, notamment en rectifiant des croyances et représentations erronées. Ce manque d'informations ainsi que les bénéfices d'une éducation au couple sont traités dans la majorité de la littérature scientifique (Jonhson, 2011; Lowenstein et al., 2013; Serati et al., 2010).

Retour dans la pratique

Les sociétés occidentales modernes imposent une image positive de la grossesse. Suite à la démocratisation de la contraception, elle tend à être perçue comme choisie donc forcément désirée, revêtant une forme de sacralité. Nos recherches de littérature l'ont rapidement démontré : la majorité des articles débutent par une description de la grossesse et de la période périnatale comme étant merveilleuses et fondamentales dans la vie des femmes et des couples sans nuancer le fait qu'une grossesse peut être mal vécue ou comporter des périodes difficiles, même si elle est souhaitée.

Or, nous considérons que cette représentation incite les couples à occulter les changements psychiques, physiques et émotionnels intervenant durant cette période

particulière qu'est la grossesse. Des bouleversements dont personne n'ose parler ou alors qui sont abordés sur le ton de la plaisanterie.

Comme développé dans la partie *modifications physiologiques de la grossesse et leur influence sur la sexualité*, pp. 20-22, ces changements sont pourtant nombreux et peuvent exercer un impact sur la vie de couple des futurs parents.

La grossesse nécessite un suivi régulier de la femme sur une période relativement longue, d'environ une année. Les couples, bien que pour la plupart en bonne santé lors de la période de gestation, se voient alors contraints de rencontrer de nombreuses personnes du milieu médical qui s'enquièrent de l'évolution favorable de la grossesse, de la santé maternelle et de celle du fœtus. Cette proximité soudaine et régulière avec le monde médical peut représenter une forme de soulagement et de soutien pour les couples mais peut également être ressentie comme invasive. L'instauration d'une relation de confiance concourt à limiter ce sentiment et permet d'aborder des sujets variés tout en respectant l'intimité des futurs parents. La sexualité, quoique plus difficile à aborder par les professionnels de la santé et par les couples, mérite de trouver sa place dans ce cadre afin de promouvoir la santé sous tous ses angles. Ainsi, comme nous avons déjà pu le constater dans notre partie *questionnement professionnel p.10* : « le thème de l'intimité au sein du couple n'est pas abordé ni du point de vue de la prévention de la santé, ni sous forme de questions de routine lors des consultations ou même venant de la part des patientes elles-mêmes. ».

Mais alors quelles sont les raisons d'un tel état des lieux ? Comment pallier ce manque ?

Un manque de formation

Un récent travail de Bachelor, réalisé par des étudiantes sage-femmes, intitulé *Vaincre le tabou de la sexualité en périnatalité : un défi pour les sages-femmes* (Farine & Lalanne-Magné, 2016) met en évidence le manque de connaissances professionnelles des sages-femmes en matière de sexualité durant la période périnatale. Les sages-femmes étant les gardiennes de la physiologie, il leur incombe le rôle de prévention et promotion de la santé durant la grossesse. Pourtant, à l'instar de Farine et Lalanne-Magné, parvenues au terme de notre formation, nous

ne nous estimons pas suffisamment outillées pour aborder avec les couples cette thématique dans sa globalité. Ce travail nous aura néanmoins permis d'acquérir des connaissances et une sensibilité concernant la sexualité pendant la grossesse que nous avons déjà pu utiliser pour élaborer nos cours de préparation à la naissance donnés en 3ème année de bachelor et que nous conserverons pour notre future pratique professionnelle. En discutant avec nos collègues étudiantes sage-femmes, nous avons pu constater qu'il avait été plus aisé pour nous d'aborder ce sujet avec nos couples respectifs lors des cours de préparation à la naissance. Sans éprouver de gêne particulière, nous avons pu leur transmettre les informations essentielles et répondre à leurs questions. Nous avons également eu des retours positifs des couples, saluant notre capacité à les mettre à l'aise, et cela même lorsque des sujets plus intimes étaient abordés. Relevons également que nous avons été les premières à évoquer le thème de la sexualité durant la grossesse lors de nos cours avec les futurs parents. Ce contexte existant de manque d'informations concorde avec les conclusions émises par les auteurs des études que nous avons analysées au cours de ce travail et développées dans les parties *résultats*, pp. 57-61 et *discussion*, pp. 63-72.

Une information vérifiée

Nous pouvons également supposer qu'en dépit de formations supplémentaires dispensées à l'intention des professionnels de la santé gravitant autour des couples durant la grossesse, il persistera toujours, pour certains soignants et parents, un malaise à aborder cette thématique. De ce fait, nous estimons qu'il est essentiel de s'assurer qu'un relais sous forme de brochure ou de lien internet approuvé soit transmis aux couples.

La transmission d'un support écrit ou d'un lien internet représente alors non seulement une base sur laquelle les professionnels de la santé peuvent s'appuyer pour aborder le sujet de la sexualité, mais garantit également que les informations reçues par les couples sont véridiques. A l'ère d'internet, s'il est en effet aisé de trouver par soi-même des informations grâce à un simple moteur de recherche, la qualité de ces données n'est malheureusement que rarement vérifiée. Il est dès lors important de s'assurer que les couples consultent une littérature scientifique et approuvée par le corps médical. C'est pourquoi, à la faveur de nos recherches, nous

aimerions recommander que la brochure suivante soit transmise aux couples en début de grossesse : “Parents & amants, un défi excitant”. Ce document a été créé en 2010 par deux sage-femmes, W. Hulsbergen et B. Van der Schueren, lors de leur formation de conseillère en santé sexuelle. Ce projet a été mis en place en collaboration avec l’entreprise Schering-Bayer (développement et commercialisation de contraceptifs, entre autres) par l’intermédiaire du Pr Bitzer, travaillant à l’hôpital de Bâle. Jusqu’en 2015, cette brochure pouvait être commandée à l’entreprise Shering-Bayer par les hôpitaux qui en avaient l’intérêt, tandis que les centres de planning familial et les cabinets privés la recevaient automatiquement. Puis, l’entreprise Shering-Bayer a décidé d’en cesser l’impression en raison de l’accès généralisé à internet. Actuellement, cette brochure est toujours disponible sur internet et facile d’accès (voir lien bibliographie).

Cette brochure nous paraît être un document adéquat et pertinent pour plusieurs raisons. Tout d’abord, elle a été élaborée par des sage-femmes, professionnelles de la santé qui, comme nous l’avons déjà soulevé plusieurs fois dans ce travail, sont particulièrement habilitées à traiter le sujet de la sexualité pendant la grossesse. Présentes auprès des couples lors des différentes étapes périnatales, elles ont en effet une vision globale de cette période charnière. Elles sont également formées à différentes techniques de communication, qui leur permettent d’aborder des sujets sensibles, comme celui de la sexualité, avec aisance. De plus, au moment de sa rédaction, les auteures étaient engagées dans une formation continue en santé sexuelle, bénéficiant ainsi de notions théoriques plus pointues en matière de sexualité.

Tout au long de ce travail, nous avons acquis des connaissances et une compréhension globale de la sexualité sur la grossesse. Fortes de ce bagage, les informations délivrées par cette brochure nous paraissent ainsi correspondre aux données de notre revue de littérature. Elle sont concises tout en restant complètes et adaptées au public visé. Les modifications physiologiques comme les croyances et représentations liées à la sexualité au cours de la grossesse y sont abordées. Les répercussions de ces dernières sur la sexualité des couples sont exposées, détaillant les aspects négatifs et positifs, de façon nuancée. Les auteures proposent également des positions sexuelles, plus confortables à pratiquer suite aux changements physiques du corps de la femme. Finalement, les contre-indications absolues aux rapports sexuels pendant la grossesse sont listées, tout en soulignant

que ces derniers ne sont pas contre-indiqués tant que la grossesse reste physiologique. Même si notre travail ne porte pas sur ce thème, nous apprécions le fait que la sexualité au post-partum soit également abordée dans ledit document. Cette étape importante dans la sexualité du couple ne doit pas être négligée par les professionnels de la santé, afin de permettre aux couples de se préparer et d'anticiper leur sexualité après l'accouchement.

Par ailleurs, la brochure comprend de nombreuses illustrations, qui la rendent agréable à lire et peut-être plus accessible au public.

Si cette brochure reste disponible sur le site internet de l'entreprise Shering-Bayer, nous considérons que sa réimpression par les structures hospitalières serait néanmoins judicieuse. Cette forme nous semble en effet plus propice à la consultation par les couples qu'un lien internet noyé dans la masse des informations touchant à la grossesse sur le web. Comme l'impression de ces brochures a déjà eu lieu par le passé, ce projet nous semble tout à fait réaliste.

Une relation de confiance entre la sage-femme et le couple

Lors de la grossesse, les sages-femmes pénètrent la sphère intime des couples de par leur anamnèse et leurs examens cliniques. Une intrusion qu'ils se doivent d'accepter afin de permettre aux professionnels de la santé d'évaluer le bien-être fœtal et maternel. Il n'en va pas de même pour la relation de confiance et il revient à la sage-femme d'instaurer un climat de sécurité et de non-jugement lors des CPN. Pour instaurer un dialogue sur la thématique de la sexualité, nous sommes persuadées que les futurs parents doivent se sentir en sécurité. Ce climat demande du temps pour se construire, au fil des consultations de grossesse et des interactions entre la sage-femme et le couple. Dans ce contexte, il nous semble important de souligner que les capacités d'écoute et de communication de la sage-femme font partie intégrante de son savoir-être. De fait, la communication est centrale dans notre formation bachelor. Nous avons la possibilité de la développer et travailler lors de séminaires et durant la formation pratique. L'écoute active, le reflet, la reformulation, entre autres, nous aident à instaurer un climat de sécurité entre les couples et les professionnels de la santé. De plus, notre souhait serait de limiter le nombre d'intervenants dans le suivi des femmes ou, mieux encore, de disposer d'une seule et même personne de référence durant la grossesse et le post-partum.

En effet, comme démontré par Homer, Davis, Cooke & Barclay (2002), le suivi global apporte de nombreux bénéfices tels qu'un sentiment de contrôle plus élevé au moment de l'accouchement ainsi qu'une expérience positive de la naissance.

Quand dispenser l'information

Nous nous sommes également penchées sur la question du moment optimal qu'il conviendrait de cibler pour aborder la thématique de la sexualité avec les couples. Selon nous, il se situerait en début de grossesse, lorsque les deux futurs parents sont présents. En effet, la problématique de ce travail concerne la sexualité des couples et, à nos yeux, il est important que le père, tout comme la mère, aient accès à ces renseignements. Une temporalité précoce nous paraît également sensée car les modifications de la vie sexuelle des couples interviennent en général au premier trimestre, et les questionnements en découlant sont déjà existants. Toutefois, le fait d'aborder cette thématique précocément dans la grossesse entre en contradiction avec les réflexions développées ci-dessus concernant le temps nécessaire pour qu'une relation de confiance entre la sage-femme et les couples se crée. Il nous paraît cependant incohérent d'aborder ce sujet plus tard dans la grossesse, au risque que la relation de confiance n'ait pas encore été tissée avec le couple. Il serait possible d'envisager que le sujet soit abordé à l'échographie de datation avec une remise de la brochure, puis que le sujet soit développé, ou non, selon les envies du couple et au fil des consultations, et parallèlement au renforcement de la relation de confiance.

Compte tenu de cette réflexion, force est de constater que les cours de préparation à la naissance et les CPN programmées ne réunissent pas ces deux critères. En effet, si la majorité des couples participent ensemble aux cours de préparation à la naissance, ceux-ci débutent plutôt dès la 24^e SA, soit à la moitié de la grossesse. Et s'agissant des CPN programmées, les futurs pères ne sont pas forcément toujours présents lors de ces contrôles. Par conséquent, nous proposerions d'aborder le sujet de la sexualité lors du rendez-vous pour l'échographie de datation, première échographie permettant de dater la grossesse et ainsi le terme présumé de celle-ci. Ce rendez-vous étant aussi celui de la première rencontre visuelle entre les parents et leur enfant. Ces éléments en font donc une rencontre importante de la grossesse, à laquelle les futurs pères sont, dans la majorité des cas, présents. Par ailleurs, ce

rendez-vous est programmé au début de la grossesse entre les 10^{6/7} et 13^{6/7} SA, correspondant aux conditions que nous avons fixées comme favorables.

Forces et limites de notre travail

Points forts de notre travail

- Notre travail traite de la sexualité féminine et masculine. Les pères étant souvent mis de côté lorsque l'on aborde la thématique de la grossesse, il était de ce fait essentiel pour nous de les inclure dans nos recherches.
- A travers notre travail, nous avons souhaité développer les différents aspects des changements au cours de la grossesse dans sa totalité. Il nous semblait en outre important de souligner les fluctuations propres aux trois trimestres.
- Les cinq études sélectionnées pour ce travail ont été réalisées dans des pays différant considérablement sur le plan socio-démographique. Ainsi les résultats obtenus sont représentatifs d'une population à large échelle et offrent une vision nuancée de la sexualité durant la grossesse.

Limites de notre travail

- Ce travail de bachelor représente la première recherche de littérature que nous effectuons. Nous avons compris l'essentiel des tests statistiques et des résultats obtenus par les auteurs de ces études, mais leur analyse a parfois été laborieuse de par notre manque d'expérience.
- La majorité des articles choisis et lus pour cette revue de littérature est en anglais. Il a souvent été difficile de trouver les traductions correctes, au plus proche de la volonté d'expression des auteurs.
- Les différentes notions relatives à la sexualité ne sont pas clairement définies par les auteurs. Il s'est ainsi avéré compliqué de savoir si les statistiques données concernaient uniquement le coït ou également les rapports intimes.
- Notre revue de littérature n'apporte peu, voire aucune donnée sur la fonction sexuelle en dehors de la grossesse. Il est donc difficile de mettre en lien les changements observés durant la grossesse avec la période pré-conceptionnelle.

VIII. Conclusion

La grossesse représente une période de transition existentielle caractérisée par de nombreux changements tant physiques que psychiques. L'activité sexuelle des couples peut s'en voir modifiée, et ce, par une association de différents facteurs. Ce travail se focalise sur deux d'entre eux en particulier : les modifications physiologiques de la grossesse et les représentations et croyances. L'objectif était de déterminer leur impact sur la sexualité du couple pendant les trois trimestres de grossesse, ceci dans le but d'approfondir notre rôle professionnel de sage-femme et d'utiliser ces connaissances à bon escient dans notre pratique.

La lecture et l'analyse de la littérature scientifique nous ont permis de constater que les deux facteurs précités exercent un impact sur la sexualité du couple, dont l'importance varie selon les couples et les autres facteurs associés tels que le trimestre de grossesse. Notre revue de littérature apporte les résultats principaux suivants : une baisse de la fonction sexuelle et de la fréquence des rapports sexuels chez le couple est observée pendant la grossesse. En découle une satisfaction sexuelle diminuée, laquelle n'est pourtant pas forcément perçue comme négative par les futurs parents. En effet, les facteurs relationnels comme l'intimité semblent jouer un rôle prépondérant dans la satisfaction sexuelle et pallier les changements entraînés par la grossesse. Des pratiques intimes, écartant le coït à proprement parler, telles que les caresses et les baisers constituent également une stratégie mise en place par le couple afin de conserver une forme d'activité sexuelle.

Selon la littérature, les modifications physiologiques apparaissant au cours de la grossesse sont en partie responsables de la baisse de la fonction sexuelle mais, comme supposé dans notre problématique, les croyances et représentations se révèlent constituer le facteur majeur influençant la sexualité.

Il est important de préciser que l'impact des facteurs socio-démographiques sur la sexualité reste controversé dans la littérature scientifique. Cependant, nous émettons l'hypothèse que ces derniers influencent indirectement l'activité sexuelle des couples pendant la période de gestation. En effet, ces facteurs socio-démographiques participent à la construction des croyances et des représentations, lesquelles ont un impact significativement prouvé sur la baisse des pratiques sexuelles.

C'est sur ce facteur des croyances et représentations que la sage-femme peut intervenir en particulier. En effet, en prodiguant au couple des informations claires et ciblées sur la sexualité pendant la grossesse, il serait possible de déconstruire certaines représentations erronées. Cela contribuerait à l'épanouissement sexuel des futurs parents et leur offrirait une stabilité et une harmonie certaine dans cette phase de transition. Comme souligné par de nombreux auteurs, le personnel soignant n'est pas formé pour aborder le thème de la sexualité, lequel n'est jamais ou que trop rarement évoqué lors des CPN. Il serait donc pertinent que les professionnels de la santé soient systématiquement formés à cette thématique afin de pouvoir mettre en place un enseignement, ou du moins une information sous forme de brochure, au cours de la CPN de l'échographie de datation à 12 SA.

Malgré tout, le sujet de la sexualité demeure un sujet tabou qui est difficilement abordé par les professionnels de la santé comme par les couples. Créer une relation de confiance avec les futurs parents afin de pouvoir évoquer des sujets intimes comme celui de la sexualité demande des capacités de communication et d'écoute, lesquelles sont, à nouveau, propres au rôle professionnel sage-femme. Nous pensons que les sage-femmes, de par leur position privilégiée auprès des couples lors de la grossesse, et en collaboration interdisciplinaire avec les autres professionnels de la santé, peuvent jouer un rôle important de prévention et de promotion de la santé sexuelle.

A travers ce travail, nous avons pu mettre en évidence l'impact réel des modifications physiologiques et des croyances et représentations sur la sexualité pendant la grossesse, des notions souvent méconnues du public. Nous espérons que nos analyses et nos réflexions offrent un regard nouveau sur ce sujet et que le personnel soignant, plus particulièrement les sage-femmes, pourront en retirer des informations pertinentes susceptibles d'enrichir et affiner leur pratique.

IX. Références bibliographiques

- Abdel-Baki, A. & Poulin, M. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement: I. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse. *Psychothérapies*, 24(1), 3-9. doi:10.3917/psys.041.0003.
- Abouzari-Gazafroodi, K., Najafi, F., Kazemnejad, E., Rahnama, P. & Montazri, A. (2015). Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy. *Reproductive Health*, 12(72), 1-5.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (2000). Guide d'analyse de lecture de la littérature et gradation des recommandations. Paris. Accès <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>
- Andrieu, B. (Dir.). (2006). *Le dictionnaire du corps en sciences humaines et sociales*. Paris : CNRS EDITIONS.
- Araujo, N. M., Salim, N. R., Gualda, D. M. & Pereira Da Silva, L. C. (2012). Body and sexuality during pregnancy. *The University of Sao Paulo Nursing School Journal*, 46(3), 552-558.
- Aslan, G., Aslan, D., Kizilyar, A., Isaphi, C. & Esen, A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*, 17(2), 154-7.
- Aputharajah, V. (1984). Some aspects of sexual knowledge and sexual behavior of local women. Results of survey 1. General sexual knowledge and attitude towards abortion, pregnancy and contraception. *Singapore Medical Journal*, 25(3), 135-40.
- Bartellas, E., Crane, J. M. G., Daley, M., Benett, K. A. & Hutchens, D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 107, 964-968. Accès <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10955426>

- Basson, R. (2005). Women's dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172(10), 1327-1333.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2007). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris : Les Belles Lettres.
- Béjin, A. & Giami, A. (2007). Histoire de la sexologie française. *Sexologies*, 16(3), 169.
doi:10.1016/j.sexol.2007.06.002
- Bermudez, M. P., Sanchez, A. I. & Buela-Casal, D. (2001). Influence of the gestation period on sexual desire. *Psychology in Spain*, 5(1), 14-16.
- Bydlowski, M. (2006). La crise parentale de la première naissance: L'apport de la psychopathologie. *Informations sociales*, 132(4), 64-75.
<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-4-page-64.htm>.
- Bonnet, D. & Guillaume, A. (2004). La santé de la reproduction: une émergence des droits individuels. (revue?pages?) Accès
http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers16-03/010037017.pdf
- Bozon, M. (2009). *Sociologie de la sexualité (2e Ed.)*. Paris : Armand Colin.
- Brenot, P. (1994). *La sexologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Brody, S. (2010). The relative health benefits of different sexual activities. *The journal of Sexual Medicine*, 7, 1336–1361.
- Chang, S-R., Chen, K-H., Lin, H-H. & Yu, H-J. (2011). Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants. *Journal of Sexual Medicine*, 8(10), 2859-2867.

- Chaperon, S. (2010). Du féminisme à la sexologie : un parcours en Histoire.
Genre, sexualité & société.
doi : 10.4000/gss.1672
- Chauveau, S. (2003). Les espoirs déçus de la loi Neuwirth. *Clio. Femmes, genre, histoire*, 18, 223-232.
doi : 10.4000/clio.623
- Corbacioglu Esmer, A., Akca, A., Akbayir, O., Goksedef, B. P. & Bakir, V. L. (2013). Female sexual function and associated factors during pregnancy. *The Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 39(6), 1165-1172.
doi:10.1111/jog.12048
- Doya, R. (2014). *Contribution à l'étude des effets d'un programme d'activités physiques adaptées durant la grossesse chez la femme*.
(Thèse pour l'obtention d'un diplôme de doctorat, non publiée). Université de Valenciennes et du Hainaut-Cambresis.
- Farine, F. & Lalanne-Magné, F. (2016). *Vaincre le tabou de la sexualité en périnatalité : un défi pour les sages-femmes*. (Travail de Bachelor non publié). Haute école de santé, Genève.
- Fok, W. Y., Chan, L. Y. & Yuen, P. M. (2005). Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetricia Gynecologica Scandinavica*, 84(10), 934-938.
- Galazka, I., Drosdzol-Cop, A., Naworska, B., Czajkowska, M. & Skrzypulec-Plinta, V. (2014). Changes in the sexual function during pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 445-454.
- Garnier, M. & Delamare, J. (2012). *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, 31^e édition. Paris : éditions Maloine.

- Gellman, R. & Gellman-Barroux, C. (1992). Quelques données historiques concernant la sexologie. *Andrologie*, 2(1), 32-34.
- Gellman, R., Louis-Morin, F. & Gellman-Barroux, C. (2005). Histoire de la sexologie. *Annales médico psychologiques*, 163(3-4), 299-300.
doi: 10.1016/j.amp.2005.03.022
- Giami/Sexologos. (2006). *Santé sexuelle, droits sexuels, médecine sexuelle: un champ en mouvement*. Accès
<https://www.sfsc.fr/publi/pub2502.htm>
- Giami, A. (2007). Santé sexuelle : la médicalisation de la sexualité et du bien-être. *Le journal des psychologues*, 250, 57.
doi: 10.3917/jdp.250.0056
- Giami, A. & de Colomby, P. (2002). La médicalisation de la sexologie en France. *L'évolution psychiatrique*, 67(3), 558-570.
- Gokyildiz, S. & Beji, N. K. (2005). The effects of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(3), 201-215.
- Haute école de santé Genève (2015). Guide pour la présentation des travaux écrits et des références bibliographiques (style APA).
- Homer, C. S., Davis, G. K., Cooke, M. & Barclay, L. M. (2002). Women's experiences of continuity of midwifery care in a randomised controlled trial in Australia. *Midwifery*, 18(2), 102-112.
- Hulsbergen, W. & Van der Schueren, B. (2010). *Parents et amants, un défi excitant* [Brochure].
Accès
<http://docplayer.fr/storage/27/10474439/1507040907/47WNVbyVMs5b1BQrrJlqfw/10474439.pdf>

- Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(5), 1267-1284.
- Journet, N. & Bedin, V. (2013). *Le sexe d'hier à aujourd'hui*. Auxerre : Editions sciences humaines.
- Kouakou, K.P., Doumbia, Y., Djanhan, L. E., Ménin, M. M., Kouaho, J. C. & Djanhan, Y. (2011). Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 40(1), 36-41.
- Lee, J. T. (2002). The meaning of sexual satisfaction experience of pregnant women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(4), 278-286.
- Lowenstein, L., Mustafa, S. & Burke, Y. (2013). Pregnancy and Normal Sexual Function. Are They Compatible?. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(3), 621-622.
- Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1974). *Les réactions sexuelles*. Saint-Amand : Robert Laffont.
- Nakić Radoš, S., Soljačić Vraneš, H. & Šunjić, M. (2015). Sexuality During Pregnancy : What Is Important for Sexual Satisfaction in Expectant Fathers ?. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(3), 282-293.
- Naldoni, L. M. V., Pazmino, M. A. V., Pezzan, P. A. O., Pereira, S. B., Duarte, G. & Ferreira, C. H. J. (2011). Evaluation of sexual function in brazilian pregnant women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(2), 116-129.
- Nguyen, A. & Carbonne, B. (2012). Sexualité pendant la grossesse. *La Lettre du Gynécologue*, 368-369.
- Pasini, W. (1974). *Vie sexuelle pendant la grossesse. Sexualité et gynécologie psychosomatique*. Paris: Masson.

Pasini, W. (1983). *Sexualité et gynécologie psychosomatique : tome 2*.

Paris: Masson.

Quevauvilliers, J., Somogyi, A. & Fingerhut, A. (2004). *Dictionnaire médical, 4ème édition*. Paris : Masson.

Reamy, K., White, S. E., Daniell, W. C. & Le Vines, E. S. (1982). Sexuality and pregnancy : a prospective study. *Journal of Reproductive Medicine*, 27(6), 321-327.

Reichenbach, S., Alla, F. & Lorson, J. (2002). Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse : une étude pilote portant sur 72 hommes. *Sexologies*, 9(42), 39-44.

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D. & D'agostino, R. Jr. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191-208.

Sagiv-Reiss, D. M., Birnbaum, G. E. & Safir, M. P. (2012). Changes in sexual experiences and relationship quality during pregnancy. *Archives of Sexual Behavior*, 41(5), 1241-1251.

Sayle, A. E., Savitz, D. A., Thorp, J. M. Jr., Hertz-Picciotto, I. & Wilcox, A. J. (2001). Sexual activity during late pregnancy and risk preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 97(2), 283-289.

Schmid, D. (2003). *Sexualité & grossesse : le commentaire du père* (thèse de médecine non publiée). Faculté de médecine, Genève.

- Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V., Cromi, A., Ghezzi, G. & Bolis, P. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *Journal of Sexual Medicine*, 7(8), 2782-2790.
doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x
- Sezer, K., Simge, Z., Duygu, Y. & Tuba, G. (2014). Quality of Sexual Life and Its Effect on Marital Adjustment of Turkish Women In Pregnancy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 40(4), 309-322.
doi: 10.1080/0092623X.2012.751071
- Smadja, E. (2011). *Le couple et son histoire*. Paris : Presse universitaire de France.
- Sossah, L. (2014). Sexual behavior during pregnancy : a descriptive correlational study among pregnant women. *European Journal Of Research In Medical Sciences*, 2(1), 16-27.
- Staruch, M., Kucharczyk, A., Zawadzka, K., Wielgos, M. & Szymusik, I. (2016). Sexual activity during pregnancy. *Neuroendocrinology Letters*, 37(1), 53-58.
Accès
https://www.researchgate.net/publication/299072479_Sexual_activity_during_Pregnancy
- Tourné, C-E. (2003). Un corps pour trois. La sexualité au cours de la grossesse. *Spirale*, 26(2), 89-107.
- Von Sydow, K. (1998). Sexuality during pregnancy and after childbirth : a metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27-49.
- Weigan, E. & Bianchi-Demicheli, F. (2014). *Ma sexualité (homme)*. Chêne-Bourg : Médecine et hygiène.

Will, T., Soullignac, R., Barrelet, L., Damsa, C., King-Olivier, J., De Tonnac, N. & Bianchi-Demicheli, F. (2006). La sexualité vue à travers le constructivisme social. *Sexologies*, 15, 273-278.

Zerouali, A., Zaraa, I., Trojjet, S., El Euch, D., Iadh Azeies, M., Mokni, M., Zouari, F. & Ben Osman A. (2011). Modifications physiologiques de la peau au cours de la grossesse. *La presse médicale*, 40(1), 17-21.

X. Bibliographie

- Heidari, M., Amin Shokravi, F., Zayeri, F., Ali Azin, S. & Merghati-Khoei, E. (2017). Sexual life during pregnancy : effect of an educational intervention on the sexuality of iranian couples : a quasiexperimental study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 44(1), 1-11.
- Radio télévision suisse. (2012, 19 juin). *On en parle : le sexe durant la grossesse*. [podcast audio]. Accès : <http://www.rts.ch/la-1ere/programmes/on-en-parle/7624431.html#timeline-anchor-Le+sexe+durant+la+grossesse>
- Sipinski, A., Kazimierczak, M., Buchacz, P. & Sipinska, K. (2004). Sexual Behaviors of Pregnant Women. *Wiadomosci Lekarskie*, 57(1), 281-284.
- Wallwiener, S., Müller, M., Doster, A., Kuon, R. J., Plewniok, K., Feller, S., Wallwiener, M., Reck, C., Matthies, L. M. & Wallwiener, C. (2017). Sexual activity and sexual dysfunction of women in the perinatal period : a longitudinal study. *Archives Gynecology Obstetrics*, 295(4), 873-883.