

L'impact de la grossesse sur la satisfaction sexuelle des couples

Mémoire de fin d'études Bachelor Thesis Sage-Femme

Caroline Kunz

N° matricule : 21-633-995

Sharleen Veuillet

N° matricule : 21-634-662

Directrice : Caterina Montagnoli – Directrice de mémoire
Membres du jury : Dany Aubert-Burri – Experte enseignante
Julie Wiederrecht – Experte de terrain

Août 2024

Filière Sage-Femme
Haute école de santé de Genève

Déclaration

Ce travail de Bachelor a été réalisé en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Sage-Femme*. L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans ce travail, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur ou de la directrice du travail de Bachelor, du jury et de la HEdS-GE.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie. Les formes d'Intelligence Artificielle utilisées sont mentionnées dans le travail.

Fait à Genève, le 19 août 2024

Caroline Kunz

Sharleen Veuillet

Au fond dans la rencontre sexuelle, tout est possible.
[...] Quoi que nous fassions,
si nous sommes présents à nous-même,
nous allons découvrir quelque chose de nouveau,
d'important sur le chemin de transformation de notre sexualité en amour.

Anne et Jean-François Descombes
Le Slow Sex : s'aimer en pleine conscience (2019)

Remerciements

Nous souhaitons remercier chaleureusement toutes les personnes nous ayant soutenues et accompagnées durant la rédaction de notre travail de Bachelor.

Un grand merci à :

Caterina Montagnoli, notre directrice de mémoire, pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses précieux conseils.

Dany Aubert-Burri, notre experte enseignante, pour la lecture attentive de notre travail.

Julie Wiederrecht, notre experte de terrain, pour l'intérêt porté à notre travail.

L'ensemble du corps enseignant de la filière sage-femme, pour leur accompagnement et l'enseignement passionné durant toute notre formation.

Nos collègues et amies de la volée BA21, pour l'entraide, la bienveillance, la sororité et la bonne humeur qui émanent de chacune d'entre elles.

Nos familles, nos compagnons de vie et amis proches, pour la relecture, le soutien inconditionnel, l'amour et la patience dont vous avez fait preuve durant ces trois années riches en émotions.

Nota bene :

Dans notre travail de recherche, les études trouvées et sélectionnées ne nous permettent pas d'inclure les couples homosexuels. Néanmoins, nous n'avons jamais eu la volonté d'exclure ni de discriminer des personnes avec des identités de genre et sexuelles variées. En termes d'écriture et par souci de légèreté, nous n'avons pas systématiquement employé la double désignation car le texte est déjà riche en sources bibliographiques.

Résumé

Introduction : La sexualité représente une part non négligeable de la périnatalité, puisque dans 97% des cas, la grossesse découle d'une relation sexuelle entre deux individus. Cependant, la santé sexuelle reste un thème peu abordé pendant le suivi de grossesse. Pourtant, la grossesse est une période chargée en changements physiologiques, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux. Ces changements sont susceptibles d'avoir un impact, positif ou négatif, sur la satisfaction sexuelle du couple au cours de la grossesse.

Objectif : L'objectif de ce travail de Bachelor est de déterminer l'impact des modifications physiologiques de la grossesse sur la satisfaction sexuelle du couple au cours de la grossesse.

Méthode : L'utilisation des bases de données Pubmed et CINAHL a permis d'effectuer une recherche documentaire scientifique minutieuse. Suite à cette recherche, cinq articles ont été retenus selon leur date de parution de moins de cinq années ainsi que selon leur pertinence en lien avec notre question de recherche.

Résultats : Les résultats principaux de l'analyse de ces cinq articles montrent que les modifications physiologiques de la grossesse, tels que le changement corporel, la prise de poids ou encore la lubrification et l'excitation, impactent négativement la satisfaction sexuelle du couple. En effet, les résultats expriment une diminution de la satisfaction sexuelle au cours des trimestres de grossesse. Toutefois, un des articles ne relève pas de différence significative au cours de la grossesse. Les résultats mettent en évidence que la satisfaction sexuelle découle notamment de la fréquence de l'acte, des diverses positions adoptées, mais aussi de la disposition du couple à avoir des rapports sexuels durant cette période de vie.

Conclusion : Les modifications physiologiques de la grossesse impactent la satisfaction sexuelle d'un couple sur les plans physiques, émotionnels et intellectuels. Il est intéressant de relever des facteurs favorisant une meilleure satisfaction sexuelle : la communication au sein du couple, et l'accompagnement des professionnels autour des pratiques, croyances et habitudes sexuelles au cours de la grossesse.

Mots-clés : grossesse, femme enceinte, modifications physiologiques de la grossesse, impact, sexualité, vie sexuelle, satisfaction sexuelle, couple.

Abstract

Introduction: Sexuality is a significant part of perinatal care, since in 97% of cases pregnancy results from a sexual relationship between two individuals. However, sexual health remains an issue that is rarely discussed during pregnancy. Pregnancy is a period of great physiological, physical, psychological and social change. These changes are likely to have an impact, positive or negative, on the couple's sexual satisfaction during pregnancy.

Objective(s): The aim of this Bachelor's thesis is to determine the impact of physiological changes during pregnancy on the couple's sexual satisfaction during pregnancy.

Method: A thorough scientific literature search was carried out using the Pubmed and CINHALL databases. Following this search, five articles were selected on the basis of their publication date of less than five years and their relevance to our research question.

Results: The main results of the analysis of these five articles show that the physiological changes of pregnancy, such as body changes, weight gain, lubrication and arousal, have a negative impact on a couple's sexual satisfaction. In fact, the results show a decrease in sexual satisfaction during the trimesters of pregnancy. However, one of the articles found no significant difference during pregnancy. The results show that sexual satisfaction depends in particular on the frequency of the act, the various positions adopted, and the couple's willingness to have sexual relations during this period of life.

Conclusion: The physiological changes of pregnancy have a physical, emotional and intellectual impact on a couple's sexual satisfaction. It is interesting to note the factors that encourage greater sexual satisfaction: communication within the couple, and support from professionals around sexual practices, beliefs and habits during pregnancy.

Keywords: pregnancy, pregnant woman, physiological changes during pregnancy, impact, sexuality, sex life, sexual satisfaction, couple.

Liste des abréviations

ARTE	Association relative à la télévision européenne
BDI	Beck Depression Inventory – Inventaire de Dépression de Beck
BMI	Body Mass Index – Indice de masse corporelle (IMC)
CNRTL	Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
DG	Diabète gestationnel
EPE	Entretien psycho-éducatif
FCS	Fausse couche spontanée
FoPS	Frequency of Pregnancy Symptoms
FSD	Female Sexual Dysfunction
FSFI	Female Sexual Function Index
HEdS-GE	Haute école de santé Genève
HeTOP	Health Terminology/Ontology Portail
HCG	Hormone chorionique gonadotrope
HPL	Hormone placentaire lactogène
HTA	Hypertension artérielle
IP	Indice de pulsatilité
IST	Infections sexuellement transmissibles
LiDA	Limitation in Daily Activities
MAP	Menace d'accouchement prématuré
MFSQ	McCoy Female Questionnaire
MeSH	Medical Subject Headings
n=	Nombre
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PICO	Population, Intervention, Comparaison, Outcomes
PMA	Procréation médicalement assistée
PSI	Pregnancy Symptom Inventory

RCIU	Retard de croissance intra-utérin
RPM	Rupture prématurée des membranes
RTS	Radio Télévision Suisse
SA	Semaines d'aménorrhée
SQOL-F	Sexual Quality of Life-Female scale
T1	Premier trimestre de grossesse
T2	Deuxième trimestre de grossesse
T3	Troisième trimestre de grossesse
3D	Trois dimensions

Table des matières

Déclaration.....	I
Remerciements	III
Résumé	V
Abstract.....	VI
Liste des abréviations	VII
Liste des tableaux.....	XI
Liste des figures	XI
1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL	1
2. CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE	4
2.1 La sexualité et santé sexuelle.....	5
2.1.1 Définitions	5
2.1.2 Histoire de la sexologie.....	7
2.2 L'intimité sexuelle	8
2.2.1 Dimension physique.....	9
a) Désir sexuel.....	10
b) Excitation sexuelle et orgasme	11
2.2.2 Dimension intellectuelle	13
2.2.3 Dimension affective/émotionnelle.....	13
a) Communication	14
b) Plaisir sexuel	14
2.2.4 Satisfaction sexuelle	15
2.2.5 Sexualité de la femme	16
2.2.6 Synthèse et choix de concept.....	17
2.3 Les modifications physiologiques de la grossesse.....	18
2.3.1 Les modifications physiologiques hémodynamiques	18
2.3.2 Les modifications physiologiques du système reproducteur	19
a) Les seins	19
b) L'utérus.....	19
c) Les ovaires	19
d) Le col de l'utérus	19
e) Le vagin et la vulve.....	20
2.3.3 Les modifications physiologiques du système respiratoire	20
2.3.4 Les modifications physiologiques du système digestif.....	20
2.3.5 Les modifications physiologiques du système locomoteur	21
2.3.6 État psychique de la femme enceinte	21
2.4 Sexualité et grossesse.....	22
a) 1 ^{er} trimestre	22

b) 2 ^{ème} trimestre	22
c) 3 ^{ème} trimestre	22
2.4.1 Sexualité et grossesse dans la culture biomédicale	23
3. Problématique	24
4. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE	25
4.1 Modèle PICO.....	26
4.2 Présentation des bases de données utilisées	27
4.3 Présentation des critères d'inclusion et d'exclusion des articles choisis	28
4.4 Limites et contraintes	29
4.5 Références complètes des 5 articles sélectionnés	30
5. PRÉSENTATION DES ARTICLES ET ARTICULATION DES RÉSULTATS.....	31
5.1 Présentation des tableaux récapitulatifs	32
5.2 Articulation des résultats	37
5.2.1 Impacts physiques de la grossesse et satisfaction sexuelle du couple.....	37
a) Symptômes fréquents de la grossesse	37
b) Impact de la grossesse sur la dysfonction sexuelle féminine (FSD)	37
c) Impact de la grossesse sur la fonction sexuelle féminine (FSFI)	38
d) Impact de la grossesse sur la morphologie et la vascularisation du clitoris	40
e) Impact de la prise de poids pendant la grossesse sur la sexualité	40
5.2.2 Grossesse et changements dans la pratique sexuelle	41
5.2.3 Grossesse et changements dans l'initiative sexuelle du couple.....	42
6. DISCUSSION	44
6.1 Discussion des résultats	45
6.1.1 Dimension physique.....	45
a) Désir sexuel, excitation sexuelle et orgasme	45
b) Positions sexuelles	46
c) Focus sur le BMI	47
6.1.2 Dimension intellectuelle et fausses croyances.....	47
6.1.3 Dimension affective et émotionnelle.....	49
d) Perception du corps	49
e) Disposition du couple à avoir des rapports sexuels au cours de la grossesse	50
6.2 Ethique.....	53
6.3 Forces et limites de ce travail	54
7. RETOUR DANS LA PRATIQUE.....	55
8. CONCLUSION	59
Références bibliographiques	62

Liste des tableaux

Tableau 1: Mots-clés et MeSH Terms définis selon la méthode PI(C)O	26
Tableau 2 : Articles retenus lors de la recherche de littérature.....	28
Tableau 3: Liste de référence des articles sélectionnés	30

Liste des figures

Figure 1: Les Dimensions de la Sexualité	6
Figure 2: Cycle de la réponse sexuelle incluant la phase du désir spontané selon Basson....	9
Figure 3: Courbe du mode archaïque.....	11
Figure 4: Courbe du mode mécanique	11
Figure 5: Courbe du mode archaïco-mécanique.....	12
Figure 6: Courbe du mode ondulatoire	12
Figure 7: Courbe du mode en vagues	12
Figure 8: Schéma explicatif de l'interaction entre les diverses notions susmentionnées aboutissant à la satisfaction sexuelle	17

1. QUESTIONNEMENT PROFESSIONNEL

La sexualité représente une part non négligeable de la périnatalité. En effet, dans encore 97% des cas, la grossesse découle d'une relation sexuelle entre deux individus (Office fédéral de la statistique (OFS), 2023).

Cependant, à travers nos expériences de stage en consultations prénatales notamment, nous avons constaté que le thème de la sexualité pendant la grossesse reste très peu abordé. En effet, bien qu'il soit rare que les institutions proposent des informations au sujet de la sexualité pendant la grossesse, il est tout aussi rare que les patientes posent des questions en lien avec la sexualité durant la consultation prénatale.

Aussi nous avons remarqué, en feuilletant de nombreux livres avec pour thématique « la préparation et le bon vécu de la grossesse » destinés aux femmes enceintes, que très peu d'entre eux abordent la santé sexuelle pendant la grossesse.

Pourtant, compte tenu des nombreux changements qui ont lieu dans la vie d'une femme enceinte, qu'ils soient physiques, psychologiques ou sociaux, il est imaginable que la sexualité de celle-ci soit modifiée et qu'elle nécessite des adaptations et réajustements (Langis et al., 2015).

Bien que parler de sexualité reste encore tabou, notre société tend à aborder ce sujet. En effet, la sexualité est dépoussiérée, modernisée, notamment grâce à l'usage de plus en plus conséquent des réseaux sociaux (Iribarnegaray, 2021). De nouvelles pratiques sont mises en avant, les normes s'élargissent, toute sexualité est dite "normale", tant que celle-ci convient aux personnes qui la pratiquent (Mazaurette, 2019).

La parole se veut plus ouverte sur la sexualité de la femme grâce aux médias, comme sur la Radio Télévision Suisse (RTS) (RTS, 2010) et l'Association Relative à la Télévision Européenne (ARTE) (ARTE, 2021), où de nombreuses vidéos et documentaires sont accessibles. Sur les réseaux sociaux, nous constatons également de nombreux témoignages positifs et négatifs de femmes exposant sans tabous des sujets intimes en lien avec leur grossesse, leur accouchement et leur post-partum.

Paradoxalement, la société d'aujourd'hui est décrite comme étant « hypersexualisée », comme le soutient Chantale Proulx, psychologue, auteure et conférencière sur le thème de la maternité et de la sexualité, dans « Petit traité de la vie sexuelle contemporaine » (Proulx, 2012). En effet, à travers les publicités et médias, les images liées à la sexualité envahissent l'espace public. De plus, celles-ci véhiculent souvent des normes socio-culturelles de beauté peu inclusives, représentant la femme blanche, mince, aux formes généreuses. Cette hypersexualisation encourage la prolifération de stéréotypes et de clichés pouvant nuire au vécu d'une sexualité épanouie (Gouvernement du Québec, 2023). Ainsi, nous pouvons imaginer l'impact sur le vécu de la grossesse en lien avec la sexualité, puisque voyant son corps changer au cours de la grossesse, la femme enceinte ne répond plus au cliché de la femme séduisante et désirable véhiculée par l'hypersexualisation de la société (Bisson, 2019).

Or, depuis quelques années, grâce à certains mouvements féministes notamment comme le mouvement *#MeToo* ou *Femen*, nous remarquons une augmentation de la volonté de mettre en avant le respect du corps féminin, l'épanouissement et le plaisir sexuel de la femme (Police, 2020). Jusque-là encore méconnu (Chevalley, 2021), de plus en plus d'études s'intéressent désormais au clitoris, organe féminin avec pour unique but de donner du plaisir (Mazloomdoost

& Pauls, 2015). En 2015, l'ingénieure et chercheuse Odile Fillod modélise pour la première fois un clitoris avec une imprimante 3D (Thibert, 2016). Puis, en 2017, la maison d'édition Magnard apporte une nouveauté inédite en publiant un schéma anatomique du clitoris dans son manuel de sciences de la vie destiné aux collégiens (Mateus, 2017). Ces deux exemples montrent que la recherche tend à s'intéresser davantage au plaisir féminin et le faire ainsi proliférer dans la société.

Au vu de ces faits, qu'ils soient en lien avec l'exposition toujours plus grande de l'épanouissement sexuel féminin, la place de la sexualité dans la société, ou les changements corporels de la femme enceinte, nous nous sommes rendues compte qu'une analyse pouvait être faite autour de ces thématiques. Notons l'importance d'impliquer le partenaire dans cette réflexion, lui aussi trop souvent « oublié » dans la phase prénatale de la parentalité. De plus, l'un des principaux rôles de la sage-femme étant de favoriser et protéger la santé et les droits du couple, de la femme et du nouveau-né, nous souhaitons nous questionner sur les impacts des modifications physiologiques de la grossesse sur la satisfaction sexuelle du couple pendant cette période, dans le but d'apporter des éléments de réponses à ce questionnement, ainsi que de faire un lien avec la pratique sage-femme sur le terrain.

2. CADRE DE RÉFÉRENCE THÉORIQUE

2.1 La sexualité et santé sexuelle

2.1.1 Définitions

Pourquoi étudier et faire de la recherche sur la sexualité ? Car c'est un besoin élémentaire dans la vie d'un être humain, peu importe ce qu'il implique et comment il s'exprime.

Afin de définir la sexualité, il faut pouvoir prendre en compte les nombreux aspects qu'englobe ce concept. Dans leur ouvrage « La sexualité humaine » (2015), Langis et al. mettent l'accent sur la difficulté d'établir une définition claire, précise et unique puisque tout dépend du point de vue et des critères observés. Toutefois, afin de mettre en concordance l'aspect physique, les activités mentales et l'excitation sexuelle, la définition de Aron et Aron, citée dans l'ouvrage de McAnulty & Burnette (2004), a été retenue : « Toutes les sensations, émotions et cognitions que l'individu associe avec l'excitation sexuelle sur le plan physique et qui provoquent habituellement le désir et/ou le comportement sexuel ».

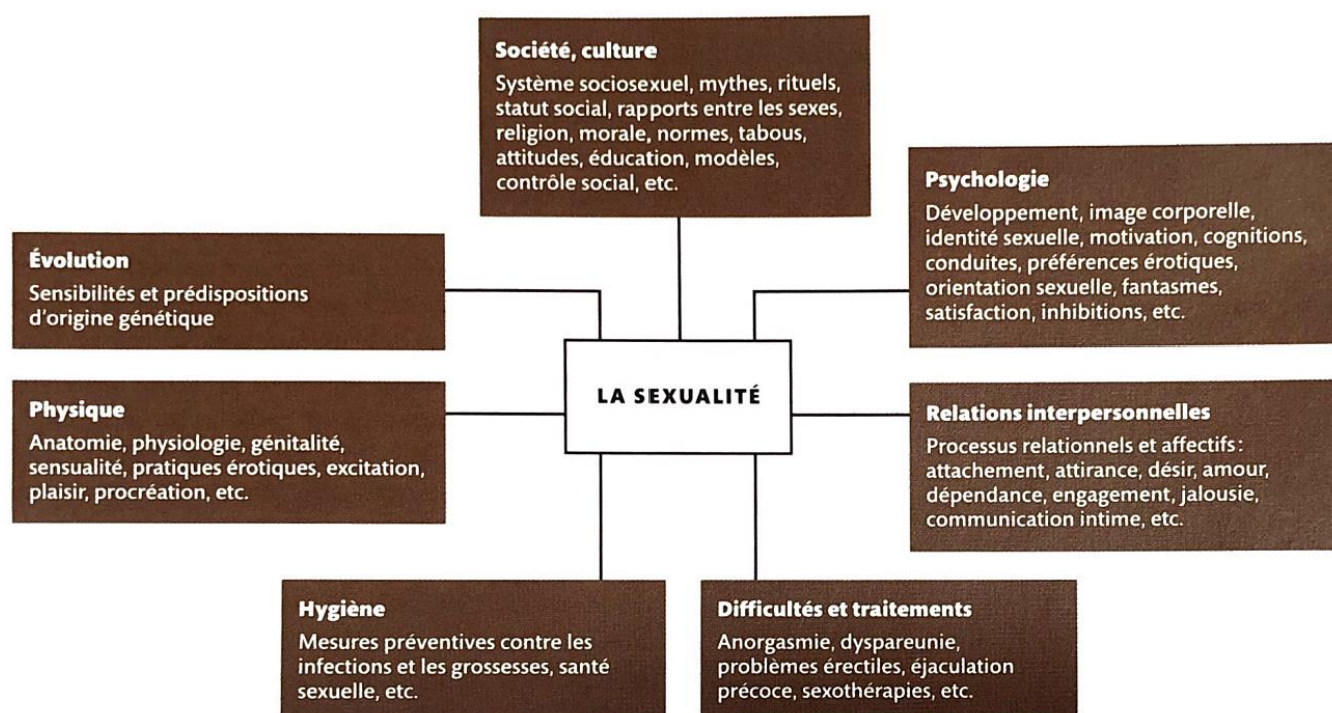
En 1972, puis 1974, des comités d'experts se sont réunis afin d'élaborer des rapports techniques, des termes et définitions précises autour de la « santé sexuelle » (Bianchi-Demicheli et al., 2012). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Organisation Mondiale de la Santé, 2006), il est nécessaire de définir la sexualité afin de bien comprendre tous les concepts qui lui sous-tendent :

« [La sexualité est] un aspect central de l'être humain tout au long de la vie, qui englobe le sexe, les identités de genre et les rôles y afférents, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est vécue et exprimée sous forme de pensées, de fantasmes, de désirs, de croyances, d'attitudes, de valeurs, de comportements, de pratiques, de rôles et de relations. La sexualité regroupe ainsi de nombreuses dimensions mais chaque personne ne ressent pas ou ne vit pas nécessairement chacune d'entre elles. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels ».

Par ces diverses notions, la sexualité est comprise comme étant un concept s'intégrant dans diverses perspectives, la rendant riche dans sa complexité. D'un point de vue socioculturel, la sexualité est influencée et étudiée au travers des croyances, des représentations, des valeurs, des ethnies, d'habitudes sociétales spécifiques, ou encore à travers l'éducation, la géopolitique, la loi, le patriarcat, le statut social, les médias et événements sociaux. La sexualité est également fascinante à aborder dans une approche psychologique, qu'elle soit d'ordre évolutionniste, psychanalytique, comportemental, cognitif ou encore humaniste-existential. Aussi, les scientifiques aiment à comprendre la sexologie d'un point de vue biologique : mécanismes, processus physiologiques, anatomie ou encore génitalité.

Ainsi, il est facilement intelligible que la sexualité se présente comme une palette de peinture contenant une infinité de tons et de couleurs, toutes plus intrigantes les unes que les autres (Langis et al., 2015).

Figure 1: Les Dimensions de la Sexualité



Tiré de : (Langis et al., 2015), p.4

De la sexualité découlent plusieurs concepts qui semblent pertinents de mentionner ici : la santé sexuelle et la sexologie. En effet, ces notions s'inscrivent dans les domaines scientifique et médical, et apportent par conséquent une plus-value à la compréhension de notre question de recherche.

La santé sexuelle est définie par l'OMS comme étant « une question de bien-être » (Organisation Mondiale de la Santé, 2006) nécessitant le respect des droits humains notamment :

« ...un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués. »
(Organisation Mondiale de la Santé, 2006)

Pour ce qui est de la sexologie, une parenthèse historique s'impose.

2.1.2 Histoire de la sexologie

En 1906, c'est le dermatologue allemand Iwan Bloch (1872-1922) qui invente le terme de sexologie, aussi connu comme étant la *Sexualwissenschaft* ou « science du sexe ». Il s'agit d'une approche qui se veut multidisciplinaire, permettant d'aborder la sexualité dans un contexte aux multiples facettes : sociales, culturelles, anthropologiques (Bianchi-Demicheli et al., 2012).

Au début du 20^{ème} siècle, Sigmund Freud (1856-1939), neurologue viennois et fondateur de la psychanalyse, publie ses *Trois essais sur la théorie sexuelle* (1905), qui marquent alors le début d'une nouvelle ère dans le monde de la sexologie et du développement humain (Bianchi-Demicheli et al., 2012).

La même année en Suisse, Auguste Forel, psychiatre vaudois, propose une œuvre considérée comme pionnière dans la science de la sexualité : *La question sexuelle* (1905) (Bianchi-Demicheli et al., 2012). Forel aborde la sexualité sous plusieurs points de vue tels que « des sciences naturelles, de la physiologie, de la psychologie et de la sociologie » (Forel, 1906).

Il n'est pas sans mentionner l'Anglais Havelock Ellis (1862-1939), qui fut l'un des précurseurs de l'utilisation du terme homosexualité, mais aussi un partisan des droits égaux entre les hommes et les femmes. Selon Langis et al. (2015), il peut être « considéré comme l'un des fondateurs de la discipline » de la sexologie.

Alfred Kinsey (1894-1956) est le professeur américain qui permet à la sexologie d'être reconnue en tant que véritable sujet de recherche scientifique. Il aurait, en outre, rendu possible la réalisation des recherches en laboratoire de William H. Masters (1915-2001) et Virginia E. Johnson (1925-2013), « avancées majeures sur la réponse sexuelle et en sexothérapie » (Langis et al., 2015). Par leur travail, ces chercheurs ont notamment permis de mieux comprendre certains aspects de l'orgasme féminin (rôle du clitoris, multi-orgasmie), mais aussi de spécifier les possibilités d'avoir une vie sexuelle active tout en étant enceinte (Langis et al., 2015).

La définition de la sexologie aujourd'hui s'insère dans un contexte social et culturel complexe. Selon Bianchi-Demicheli et al. (2012), elle peut être définie comme « l'étude de la sexualité humaine, de ses troubles et de leur prise en charge ».

2.2 L'intimité sexuelle

L'intimité est une notion inhérente à la définition de la sexualité selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2006). Pour notre question de recherche, nous souhaitons comprendre dans quel cadre s'inscrit la satisfaction sexuelle. Ainsi, afin d'évoquer la notion de satisfaction sexuelle, il convient d'abord de décrire l'intimité sexuelle. Effectivement, afin de se complaire dans sa sexualité, il ne s'agit pas uniquement d'avoir des rapports sexuels. La satisfaction sexuelle est la finalité d'un ensemble de dimensions interagissant vers un but commun.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) (2012b), l'intimité est définie comme étant « ce qui est le plus en dedans, le plus intérieur ». L'intimité touche donc à ce qu'il y a de plus profond en l'être humain. Elle peut être détaillée en plusieurs dimensions : une dimension physique, une intellectuelle et une affective ou émotionnelle (Gagnon & Thériault, 2006). La dimension physique fait écho au côté « animal » de la survie de l'espèce via la procréation. On pourrait l'associer aux termes de fertilité et reproduction. La dimension intellectuelle inclut les croyances et représentations. Enfin, la dimension affective est plus subjective, reflétant une envie de bien-être et de satisfaction générale (Ortigue & Bianchi-Demicheli, 2007).

Dans l'Antiquité déjà, deux notions semblent s'opposer : la reproduction et le plaisir. Des dieux et déesses représentent la fécondité, la reproduction, alors que d'autres incarnent le plaisir (Lopès & Poudat, 2014, 2014). Que ce soit chez les Grecs ou les Romains, hommes et femmes n'ont pas lieu de vivre ensemble, ni d'avoir de rapports sexuels destinés au plaisir. L'homme engendre avec la femme, qui s'occupera de ses enfants, et prend du plaisir avec ses esclaves. Ce n'est pas dans le lit conjugal que se joue l'éros, l'amour érotique. Une femme n'est pas amante (Lopès & Poudat, 2014).

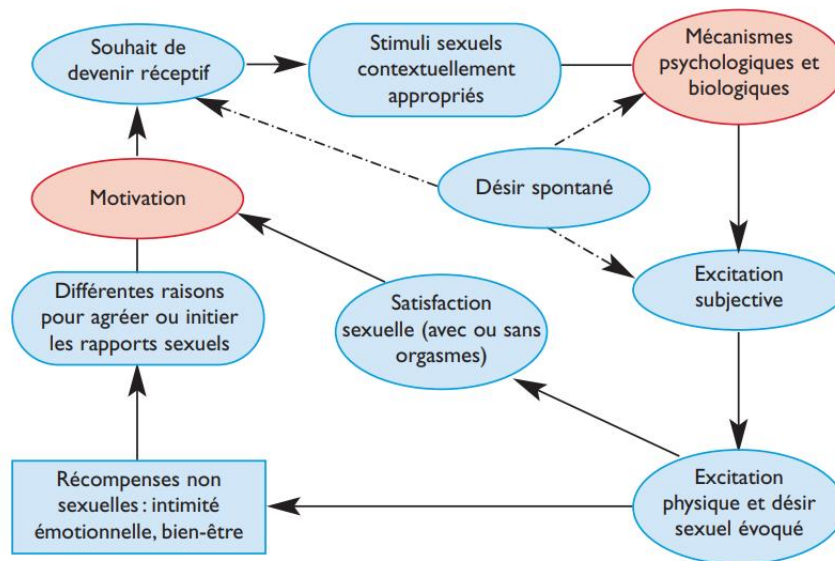
Dans la période des premiers chrétiens, la femme incarne toujours ce statut de reproductrice. Les périodes du Moyen Âge et de la Renaissance sont tiraillées alors que la notion d'amour conjugal commence à émerger dans la société (Lopès & Poudat, 2014).

L'amour comme sentiment, ou l'envie de partager de l'amitié ainsi que des rapports sexuels au sein d'un couple, prend de plus en plus d'ampleur durant le 19^{ème} siècle (Lopès & Poudat, 2014). Le besoin de vivre une sexualité épanouie émerge alors, la sexologie et la santé sexuelle prennent ainsi une place considérable dans la société.

Selon Desjardins et al. (2011), la santé sexuelle peut aussi être définie, dans un contexte d'Approche Sexocorporelle, comme étant « la naissance, le développement, l'interaction et l'harmonisation de toutes les composantes de la sexualité. ».

Ainsi, cette harmonisation des composantes de la sexualité s'insère dans une complexité de liens de causalité tissés entre le désir sexuel, l'excitation et la satisfaction sexuelle. Le cycle de la réponse sexuelle provenant de Basson (2005), traduit et modifié par Ortigue & Bianchi-Demicheli (2007), illustre bien ces propos.

Figure 2: Cycle de la réponse sexuelle incluant la phase du désir spontané selon Basson



Tiré de : (Ortigue & Bianchi-Demicheli, 2007), p.810

2.2.1 Dimension physique

Il semble évident que la dimension physique a un rôle à jouer lorsqu'il s'agit de penser à l'intimité sexuelle et à sa potentielle satisfaction. Lors d'un rapport sexuel, la dimension physique peut être décrite par trois concepts : profondeur physique, étendue physique et durée physique. La profondeur physique implique que les partenaires expriment mutuellement leur affection par un rapprochement des corps et une ouverture de ceux-ci, sans pour autant être dans un contexte érotique. L'étendue physique évoque l'intimité sexuelle par le toucher corporel, les baisers, les câlins et caresses. Enfin, il est souvent nécessaire d'ajuster son approche physique à l'autre au début d'une relation, car la connaissance de l'autre tout comme de soi est primordiale. C'est ce qui définit la durée physique. Une fois les partenaires plus confortables l'un avec l'autre et se connaissant mieux, la dimension physique de l'intimité sexuelle est plus fluide (Gagnon & Thériault, 2006).

L'intimité sexuelle dans son aspect physique présente alors une dualité entre offrir du plaisir à son partenaire et prendre du plaisir soi-même, en se considérant aussi comme acteur ou actrice dans le rapport. Selon Gagnon & Thériault (2006), cette ambivalence met en avant non seulement le « bien-être physique ressenti en la présence » de son ou sa partenaire, mais d'autant plus « l'anticipation que le contact sexuel résulte d'un processus qui s'amorce par et à travers les liens affectifs et qui se matérialise par la présence de l'autre ». On pourrait alors parler de désir.

Enfin, la dimension physique de l'intimité sexuelle peut aboutir à de l'éveil sexuel, du plaisir, des sensations orgasmiques et/ou à de la satisfaction sexuelle (Gagnon & Thériault, 2006). Dans ce chapitre, le désir sexuel et l'excitation sexuelle pouvant mener à l'orgasme sont détaillées ci-après.

a) Désir sexuel

Le désir vient du latin *desiderare* qui signifie « regretter l'absence de, souhaiter ». Nous employons beaucoup le terme désir dans son sens d' « aspirer à, souhaiter quelque chose » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012a). Le désir sexuel est défini comme étant « un processus interpersonnel dynamique et évolutif ayant des sources internes et externes qui sont régies par différents facteurs motivationnels. Ces facteurs motivationnels influencent le désir sexuel et aussi l'excitation sexuelle, tant sur le plan personnel (éducation, culture, âge) que relationnel (relation conjugale) » (Ortigue & Bianchi-Demicheli, 2007). Il serait donc utopique de penser que la satisfaction découle uniquement du désir sexuel, puisque celui-ci s'insère dans une riche complexité (Basson, 2005) (voir Figure 2).

Le désir sexuel est aussi « une expérience subjective, un élan intérieur qui pousse une personne à rechercher, à amorcer une expérience, une stimulation sexuelle ou à s'y montrer réceptive dans le but de satisfaire un plaisir sexuel potentiel qui est sur le moment inatteignable » (Ortigue & Bianchi-Demicheli, 2007). Il peut être stimulé et accroître grâce à divers éléments environnementaux agissant sur les cinq sens ou sur une dimension psychologique telle que les pensées érotiques ou les émotions (Ortigue & Bianchi-Demicheli, 2007).

Dans l'élan de désir sexuel se retrouvent par conséquent deux aspects, l'un étant le « goût de rencontrer l'autre au niveau corporel », l'autre étant d'assouvir ses propres besoins physiques, émotionnels et cognitifs (Gagnon & Thériault, 2006). De cette idée découle le besoin de prendre soin de l'autre dans son désir, tout en étant respectueux du sien, et de construire ainsi une intimité sexuelle plus solide. Or, cet aspect nécessite un engagement certain de la part des individus impliqués dans la relation. De plus, il est bien de garder à l'esprit que le désir n'est pas forcément le moteur principal pour l'atteinte de la satisfaction sexuelle.

Lorsque nous pensons au désir sexuel, il semble évident qu'il existe un lien avec l'attractivité sexuelle. En effet, être attiré physiquement par son partenaire, par ce qu'il dégage, par ses codes sociaux, par sa manière de prendre soin de lui, sont autant d'éléments favorisant un potentiel désir sexuel. À noter que l'attractivité sexuelle peut fluctuer et évoluer au cours de la vie. Elle peut être consolidée par de la romance et de l'amour, mais elle peut aussi être ébranlée par les changements corporels de son ou sa partenaire, tels que l'apparition de signes de vieillesse ou encore les changements physiologiques associés à une grossesse (Desjardins et al., 2011).

Le désir sexuel coïtal fait partie des composantes sexodynamiques décrites dans un chapitre sur l'*Approche Sexocorporelle* de Desjardins et al. (2011). Selon eux, il est question de « désir génital de pénétration avec partenaire » dans un contexte préalable favorable avec une anticipation mentale de rencontre et une possible excitation génitale.

Enfin, le désir peut prendre d'autres formes que le désir sexuel coïtal. On retrouve notamment le désir sexuel amoureux ou de fusion qui s'associe à un besoin affectif, le désir sexuel de décharge qui déduit un besoin de décharge tensionnelle, ou encore le désir sexuel d'enfant qui fait référence à la parentalité (Desjardins et al., 2011).

b) Excitation sexuelle et orgasme

Bien que le désir et l'excitation soient en forte corrélation, « Suis-je excité parce que je désire? ou est-ce que je désire parce que je suis excité? » (Ortigue & Bianchi-Demicheli, 2007), ils n'en sont pas moins deux concepts différents.

L'excitation sexuelle, comme la décrit Ortigue & Bianchi-Demicheli (2007), est la « seconde phase de la réponse sexuelle [et] comprend une dimension physique/génitale et une dimension subjective ». Elle peut être induite par différents facteurs : des mots susurrés, des caresses génitales ou non, des baisers langoureux, de la masturbation, et toute autre stimulation (Ortigue & Bianchi-Demicheli, 2007).

L'excitation sexuelle est subjective et étroitement liée à l'excitation génitale. Celle-ci comporte deux aspects principaux : les modifications physiologiques telles que la vasocongestion ou encore la tumescence des organes génitaux, et les mouvements, rythmes et tensions du corps qui ont une influence directe sur l'excitation sexuelle (Ortigue & Bianchi-Demicheli, 2007). Ces facteurs agissent directement sur la courbe d'excitation sexuelle, jusqu'à la décharge orgastique. Aussi, cinq modes d'excitation sexuelle sont explicités (Desjardins et al., 2011):

Mode d'excitation Archaïque :

Il s'agit du premier mode d'excitation exercé dans l'évolution de la sexualité dans l'enfance. Selon Desjardins et al. (2011), il consiste à : « faire monter une excitation sexuelle par l'utilisation de pressions ou de mouvements de forte intensité dans la région génitale ». Aussi, la décharge orgastique peut arriver très vite.

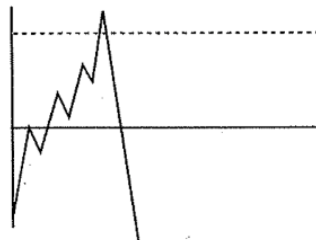


Figure 3: Courbe du mode archaïque

Tiré de : (Desjardins et al., 2011), p.69

Mode d'excitation Mécanique :

Très fréquemment utilisé chez les hommes comme les femmes, ce mode se caractérise par un rythme de stimulation rapide et précis effectué sur les organes génitaux, menant à un point de non-retour qui sera suivi par une décharge orgastique (Desjardins et al., 2011).

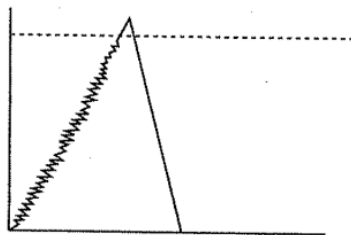


Figure 4: Courbe du mode mécanique

Tiré de : (Desjardins et al., 2011), p.70

Mode d'excitation Archaïco-mécanique :

Mélangeant les deux premiers modes d'excitation, la stimulation se fait à la fois par pression et contraction ainsi que par des frottements mécaniques et rapides (Desjardins et al., 2011).

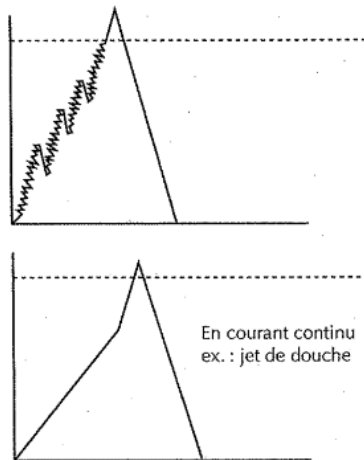


Figure 5: Courbe du mode archaïco-mécanique

Tiré de : (Desjardins et al., 2011), p.72

Mode d'excitation Ondulatoire :

Ce mode d'excitation est décrit par Desjardins et al. (2011) comme étant « une excitation sexuelle dans un corps fluide et confortable faisant des mouvements amples sans se raidir [...] où l'excitation est diffusée dans l'ensemble du corps [...] ce qui favorise grandement l'accès au plaisir sexuel ».

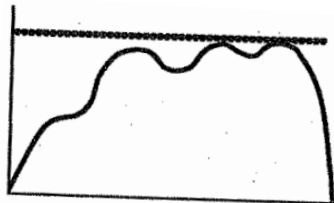


Figure 6: Courbe du mode ondulatoire

Tiré de : (Desjardins et al., 2011), p.73

Mode d'excitation En vagues :

Ce mode d'excitation correspond à une stimulation des récepteurs superficiels, profonds, internes et externes. En exerçant un mouvement de « double bascule » du bassin vers l'avant et vers l'arrière, il permet à l'excitations génitale de se diffuser dans tout le corps (Desjardins et al., 2011).

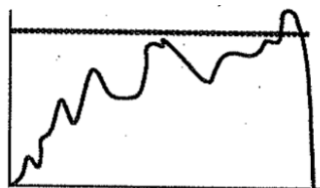


Figure 7: Courbe du mode en vagues

Tiré de : (Desjardins et al., 2011), p.74

En résumé, les modes archaïque, mécanique et archaïco-mécanique donnent lieu à une décharge orgastique. Les modes ondulatoire et en vagues, eux, rassemblent l'excitation génitale et le plaisir sexuel. Aussi, il semblerait que le mode d'excitation sexuelle utilisé soit en lien direct avec la majorité des difficultés sexuelles (Desjardins et al., 2011).

2.2.2 Dimension intellectuelle

La dimension intellectuelle a, selon les auteurs, plus ou moins d'importance dans l'intimité sexuelle. En effet, avoir des idées, croyances et représentations similaires peut influencer positivement la proximité émotionnelle et sexuelle d'un couple (Gagnon & Thériault, 2006).

Les composantes cognitives font partie de la dimension intellectuelle de l'intimité sexuelle et jouent un rôle très important dans l'approche et le rapport à celle-ci. Effectivement, l'aspect cognitif englobe les croyances, attitudes, connaissances, jugements de valeurs, ainsi que les idéaux face au vécu de la sexualité. De ce fait, certaines personnes sont très libres dans leur sexualité car leurs croyances le permettent, là où d'autres ont une opinion plus mitigée des différentes pratiques et peuvent ainsi se restreindre dans leur intimité sexuelle (Desjardins et al., 2011).

Par ailleurs, la dimension intellectuelle propose aussi deux concepts de composantes sexodynamiques : les codes d'attraction sexuelle et l'imaginaire érotique (Desjardins et al., 2011). Les codes d'attraction sexuelle sous-tendent les « mentalisations/perceptions [...] en lien avec ce qu'on a érotisé ou codifié d'attirant sexuellement, face à une personne, un scénario » et ont comme effet de provoquer le réflexe d'excitation sexuelle. Sans l'activation de ce dernier, la relation entre deux individus implique toujours une notion d'attractivité intellectuelle ou cognitive, mais non sexuelle. En outre, ces codes peuvent changer avec le temps, tout comme l'attractivité sexuelle physique. C'est pourquoi les codes d'attraction sexuelle influencent fortement l'identité et les attirances sexuelles (Desjardins et al., 2011).

Ces codes d'attraction sexuelle mettent en lumière l'imaginaire érotique, qui regroupe les idées, envies, pensées et conscientisations autour de la sexualité et de l'intimité sexuelle (Desjardins et al., 2011).

2.2.3 Dimension affective/émotionnelle

Tout comme la dimension physique de l'intimité sexuelle, l'affect et les émotions sont inhérents à l'harmonie poursuivie au travers de la satisfaction sexuelle. Il est important d'être émotionnellement bien avec soi pour être disponible dans une intimité qui se veut érotique et sexuellement épanouissante avec son partenaire. En effet, savoir identifier ses sentiments, pouvoir les exprimer et les vivre en toute liberté nécessite un climat de confiance à l'autre, de bienveillance, d'écoute active et de non-jugement (Tudor et al., 2015).

La charge émotive ressentie dans un couple, si bien équilibrée, contribue à la conservation de l'intensité émotionnelle sexuelle, grâce notamment à la tendresse, aux regards, à la complicité et à l'amour échangés. Les partenaires d'un couple peuvent ainsi se reconnaître mutuellement et échanger des moments de partage forts. Si la dimension émotionnelle de l'intimité sexuelle est justement gérée, le partage peut être plaisant. Dans le cas contraire, des émotions plus

négligentes peuvent émerger d'un manque d'affect (Gagnon & Thériault, 2006). Là encore, l'engagement de chacun dans la relation est utile à un juste équilibre.

Enfin, il est intéressant de souligner ce que suggèrent Gagnon & Thériault (2006), soit que pour éprouver une dimension émotionnelle dans sa sexualité, il est pratiquement obligatoire d'alimenter son estime de soi. L'estime de soi se construit tout au long de la vie et peut être favorisée par des facteurs externes à la relation mais aussi par le partenaire, facteur interne à la relation. La façon dont les individus expriment leurs ressentis dans la relation influence énormément la confiance qui est cultivée au sein d'elle. Ainsi, « le contexte dans lequel la révélation de soi s'effectue » est sain et c'est ici que peuvent être évoqués les « désirs et envies à connotation sexuelle », qui renforcent la relation intime sexuelle (Gagnon & Thériault, 2006).

Les concepts de communication, plaisir et satisfaction sont décrits ci-dessous, déterminants essentiels de la dimension affective de l'intimité générale et sexuelle plus spécifiquement (Gagnon & Thériault, 2006).

a) Communication

Afin d'être satisfait dans son intimité sexuelle, notons la place conséquente que prend la communication. Bien qu'elle ne fasse pas l'entière de la satisfaction, elle y contribue grandement. Selon Desjardins et al. (2011), la communication entre dans les composantes relationnelles de la sexualité, avec le sentiment amoureux et les habiletés érotiques. Qu'elle soit verbale ou non, elle permet de transmettre à l'autre ses émotions, ses envies, ses désirs voire ses besoins et son bien-être ou au contraire ses craintes, son désaccord. Elle joue aussi un rôle dans la séduction en favorisant les rapprochements, en tissant des liens selon les besoins ou volontés de chacun. Elle peut être le point de départ d'une relation amoureuse, et a la puissance de la maintenir par sa présence. Son absence au contraire peut être destructrice.

À ceci s'ajoute la notion de consentement, très présente dans notre société actuellement. Peut alors s'installer une confiance mutuelle dans le couple, avec une ouverture et une reconnaissance de l'autre et de soi qui offre un cadre propice à une sexualité affective grandissante et épanouie (Gagnon & Thériault, 2006).

Afin de se sentir sexuellement et érotiquement épanoui dans une relation amoureuse, il est donc essentiel de communiquer et d'exprimer ce qui nous plaît ou nous fait du bien plutôt que d'aborder la thématique négativement. Ainsi, l'Approche Sexocorporelle peut être employée pour vivre une plus grande satisfaction (Desjardins et al., 2011).

b) Plaisir sexuel

Le plaisir sexuel est une autre des composantes sexodynamiques décrites par Desjardins et al. (2011), qu'ils caractérisent comme étant un « rêve universel », contrairement à l'excitation génitale qui est un « phénomène physiologique ».

Synonyme de jouir, il s'agit d'un « état affectif agréable, durable, qui procure la satisfaction d'un besoin, d'un désir ou l'accomplissement d'une activité gratifiante » (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, 2012c). Le plaisir sexuel se décline sous de multiples

formes selon les individus et peut être en étroite corrélation avec l'excitation sexuelle comme avec les autres composantes de la sexualité : cognitives, sexodynamiques et relationnelles. Le mode d'excitation employé peut influencer le ressenti du plaisir, lors de la montée de l'excitation et lors de la décharge orgasmique. Les émotions et l'affection ressentis lors du rapport peuvent alors entraver ou fortifier le processus de plaisir (Desjardins et al., 2011).

L'intimité sexuelle est donc un concept duquel sous-tendent des dimensions sexuelles variées et variables. Dans un contexte où les dimensions sont présentes et les conditions favorables d'un point de vue émotionnel, passionnel, de consentement et de partage, vivre une intimité sexuelle satisfaisante semble possible (Gagnon & Thériault, 2006).

2.2.4 Satisfaction sexuelle

Après avoir défini et éclairé les notions de sexualité, santé sexuelle, sexologie et intimité sexuelle, nous pouvons enfin nous attarder sur la satisfaction sexuelle, concept qui nous intéresse tout particulièrement pour ce travail de recherche.

Alors qu'au 20^{ème} siècle une tendance à la création d'une famille unie et cadrée s'est établie dans un contexte d'essor sexuel, le 21^{ème} siècle accentue une perspective de liberté de plaisir, avec une volonté toujours plus grande de découverte, de passion et d'épanouissement sexuel, selon les attentes individuelles de chacun (Langis et al., 2015).

De nos jours, il n'est pas rare que des couples se séparent pour cause d'insatisfaction sexuelle (Lopès & Poudat, 2014). En effet, l'intimité possède une forte incidence sur le bonheur. Certaines études mettent en avant un véritable lien entre la santé physique, mentale et la satisfaction des relations intimes (Gagnon & Thériault, 2006).

Selon Gagnon & Thériault (2006), l'intimité en lien avec la sexualité est satisfaisante « lorsqu'elle exprime la joie de vivre, le plaisir d'être ensemble et l'amour pour l'autre. »

Ainsi, la satisfaction sexuelle découle directement de l'intimité et en est un facteur fondamental. En effet, l'intimité ne peut exister et durer sans satisfaction sexuelle. Celle-ci est également essentielle au bien-être du couple ; ainsi les partenaires peuvent se sentir appréciés, désirés et aimés (Gagnon & Thériault, 2006).

Toutefois, il est nécessaire de relever que les composantes de la sexualité subissent les années et les changements occurrents de la vie, suivant ainsi les différentes étapes de la vie sexuelle d'un individu, et de son développement (Desjardins et al., 2011). Par exemple, une étude a souligné que les femmes d'âge moyen auraient tendance à fortement mêler leur image corporelle et leur sentiment de séduction à leur satisfaction sexuelle (Thomas et al., 2019). Cette constatation est intéressante dans le cas des femmes enceintes, puisque celles-ci voient leur corps changer, ce qui pourrait modifier leur sentiment de séduction, entraînant une diminution de la satisfaction sexuelle au sein du couple.

2.2.5 Sexualité de la femme

S'intéresser à la sexualité de la femme dans ce travail de recherche est primordial. Ce titre peut sembler sexiste ou trop peu inclusif, mais la question de fond est véritable : la femme possède-t-elle une sexualité unique, différente de celle des hommes ? C'est du moins la question que s'est posée la sexologue américaine Shere Hite dans les années 1980 (Nissim, 2004).

Le rapport à la sexualité a beaucoup évolué au fil du temps et, pour la femme, la notion de plaisir était pratiquement inexistante jusqu'à la deuxième guerre mondiale. En effet, une femme était bonne à « devenir grosse » et à mettre au monde des enfants, le plaisir qu'elle pouvait éprouver dans le processus n'était que secondaire et futile. Une véritable scission existait entre le fait de faire perdurer l'espèce et l'érotisme ressenti lors de rapports sexuels (Bianchi-Demicheli et al., 2012).

Or, après la guerre, un mouvement de libération sexuelle est né. Pour les femmes, c'est Helena Wright qui fut une figure pionnière de cette libération (Langis et al., 2015). Les hommes savaient prendre du plaisir et menaient la danse. Paradoxalement, aujourd'hui, les femmes semblent plus à l'aise dans la recherche du plaisir et peuvent, elles aussi, mener la danse sexuelle qu'elles souhaitent ou non. La femme est devenue indépendante dans son vécu de la sexualité (Bianchi-Demicheli et al., 2012).

Cette indépendance fut acquise notamment dans les années 1960, avec la démocratisation de la pilule comme moyen de contraception. La femme peut enfin décider d'avoir des rapports sexuels n'ayant rien d'autre que le plaisir sexuel comme objectif (Nissim, 2004). Par ailleurs, chez la femme, un avantage conséquent vis-à-vis de l'homme peut être abordé : le plaisir et la fécondation sont deux concepts dissociables l'un de l'autre. Une femme peut éprouver du plaisir ou non en procréant, tout comme elle peut goûter au plaisir sexuel sans pour autant procréer. L'homme n'a pas le choix d'être fécond lorsqu'il prend du plaisir et atteint l'orgasme (Bianchi-Demicheli et al., 2012).

Santé Sexuelle Suisse (2016) définit la santé sexuelle féminine comme étant associée à une population pourvue « d'organes gynécologiques ayant également des pathologies associées, avec notamment un risque de confrontation plus grand à des infections sexuellement transmissibles (IST) ». De plus, ils évoquent « l'évolution de la ménarche à la ménopause, avec les aléas de la fécondité, stérilité, possibilité d'une grossesse et parentalité » (Santé Sexuelle Suisse, 2016). Le corps de la femme est effectivement rythmé par les cycles menstruels et hormonaux féminins et la sexualité en est quelque peu influencée (Langis et al., 2015). Enfin, ils mentionnent l'importance d'inclure la violence « qu'elle soit conjugale, verbale, physique, obstétricale ou autre » dans le concept de santé sexuelle féminine (Santé Sexuelle Suisse, 2016).

2.2.6 Synthèse et choix de concept

Bien que la notion de désir sexuel féminin soit d'actualité et d'un grand intérêt, il est compliqué à mesurer de par son aspect subjectif (Ortigue & Bianchi-Demicheli, 2007). Il semble pertinent d'analyser la satisfaction sexuelle durant la période de gestation, sujet d'autant plus actuel. Cela peut paraître certes plus complexe à quantifier ou identifier, mais plus intéressant d'un point de vue global. Comme mentionné ci-dessus, la satisfaction sexuelle découle donc directement de l'intimité et des dimensions dont elle est composée : la dimension physique, la dimension intellectuelle et la dimension affective/émotionnelle. Il ne s'agit, en effet, pas de savoir uniquement si la femme éprouve du désir sexuel, mais plutôt de se demander si elle est contentée et satisfaite de sa pratique sexuelle durant cette période de vie qu'est la grossesse. Éprouve-t-elle du plaisir et de la passion dans sa sexualité ? Se sent-elle épanouie dans son intimité sexuelle et respectée dans ses convictions ?

Dans la continuité de la globalité, opter pour l'entité du couple, et non uniquement de la femme, semble permettre une plus grande ouverture sur le monde de la parentalité, la grossesse étant une étape de vie parfois choisie et partagée à deux, et la sexualité impliquant également dans ce contexte d'intimité, un couple amoureux.

Grâce à la notion de couple, il est ainsi possible d'envisager la satisfaction sexuelle dans un cadre de satisfaction relationnelle où la communication en fait partie intégrante, et impliquant tous les concepts susmentionnés.

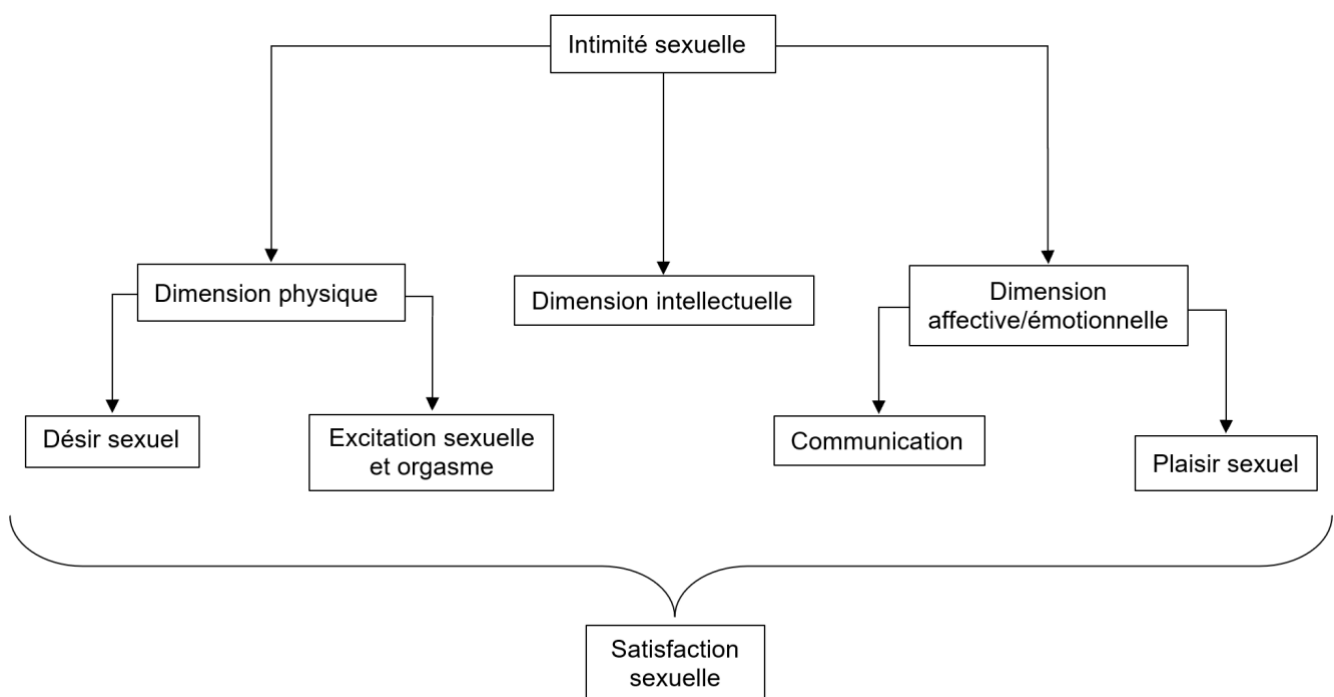


Figure 8: Schéma explicatif de l'interaction entre les diverses notions susmentionnées aboutissant à la satisfaction sexuelle

2.3 Les modifications physiologiques de la grossesse

Après une analyse détaillée sur la sexualité, ce chapitre concerne les changements physiologiques que la grossesse entraîne et qui pourraient affecter directement ou indirectement la sexualité du couple.

Durant la grossesse, un grand nombre de modifications ont lieu dans le corps de la femme, afin de permettre au fœtus de se développer correctement. Certains de ces changements peuvent amener des symptômes de grossesse ; d'autres sont moins visibles et passent inaperçus. Les changements sont étroitement liés aux œstrogènes et à la progestérone qui, lors de la grossesse, sont sécrétées par le placenta et non par les gonades comme lors du cycle menstruel (Wieland Ladewig et al., 2019). À ces hormones féminines s'ajoutent l'hormone chorionique gonadotrope (HCG) et l'hormone lactogénique placentaire (HPL), sécrétées dans un premier temps par le syncytiotrophoblaste avant le relai placentaire (Merger et al., 2001).

Les hormones sont indispensables à l'évolution harmonieuse d'une grossesse et au développement fœtal. En effet, l'HCG permet le maintien de la sécrétion des œstrogènes et de la progestérone pendant les six premières semaines de grossesse. Elle agit aussi sur la diminution de l'immunité maternelle et participe au développement du système nerveux du fœtus. L'HPL assure un apport énergétique continu au fœtus et la progestérone est essentielle dans le maintien de l'embryon dans la cavité utérine ainsi que de son bon développement (Merger et al., 2001).

2.3.1 Les modifications physiologiques hémodynamiques

Au cours de la grossesse, le volume sanguin augmente jusqu'à 45% par rapport au volume initial (Wieland Ladewig et al., 2019), grâce à la hausse du nombre d'érythrocytes et de la quantité de plasma sanguin. La fréquence cardiaque augmente au cours de la grossesse, de 10 à 15 battements/minutes par rapport à la moyenne d'avant grossesse. La tension artérielle, quant à elle, diminue en début de grossesse puis retrouve des valeurs semblables à celle d'avant la grossesse au cours du troisième trimestre.

Plus la grossesse avance, plus les vaisseaux sanguins pelviens et fémoraux sont comprimés par l'utérus gravide, ce qui peut, associé à l'effet de la progestérone, altérer le retour veineux et ainsi provoquer des œdèmes (sus-pubien, membres inférieurs), ainsi que des varices (vulvaires, membres inférieurs) et des hémorroïdes.

L'utérus gravide peut également comprimer la veine cave inférieure lorsque la femme est positionnée en décubitus dorsal. Cette compression peut provoquer un malaise chez la femme enceinte.

Alors qu'avant la grossesse les besoins en fer sont de 300 milligrammes, ils passent à 1000 milligrammes pour les neuf mois de grossesse. Cette augmentation des besoins en fer est en lien avec la hausse du nombre d'érythrocytes, indispensables au transport de l'oxygène dans le sang. Cependant, il y a un déséquilibre entre l'augmentation du volume de plasma et la diminution de concentration d'érythrocytes dans le plasma, ce qui peut provoquer une anémie physiologique de la grossesse.

Pendant la grossesse, la femme est aussi en état d'hypercoagulabilité, car les concentrations de fibrine, de fibrinogène et de certains facteurs de coagulation augmentent. Ajouté à l'insuffisance veineuse citée plus haut, cet état d'hypercoagulabilité accroît les risques de thromboses veineuses pendant la grossesse (Wieland Ladewig et al., 2019).

2.3.2 Les modifications physiologiques du système reproducteur

a) Les seins

Les œstrogènes, la progestérone et l'HPL sont à l'origine de plusieurs changements au niveau de la glande mammaire comme l'augmentation du nombre de glandes sécrétrices en vue de l'allaitement. Le mamelon devient plus érectile, la coloration de l'aréole change et devient plus foncée, les tubercules de Montgomery et les canaux lactifères se développent. Ainsi, une tension mammaire peut être ressentie car les seins prennent de la masse (Wieland Ladewig et al., 2019). La progestérone agit également sur l'inhibition de la production de prolactine au cours de la grossesse.

b) L'utérus

Durant toute la grossesse, et ce pour faciliter la croissance du fœtus, l'utérus va s'hypertrophier, passant d'un volume de 2-3 millilitres à un volume de 4 à 5 litres et d'un poids de 50 grammes à 900 voire 1200 grammes en fin de grossesse. Ce développement de l'utérus a principalement lieu grâce à l'action des œstrogènes entraînant une hyperplasie des cellules du myomètre.

Parallèlement à l'étirement de l'utérus, le segment inférieur se forme à partir de l'isthme (partie située entre l'orifice interne du col et la cavité myométriale), en passant de 25 à 5-10 millimètres d'épaisseur.

L'utérus est de plus en plus vascularisé grâce aux œstrogènes, afin de répondre aux besoins du placenta qui assure le bon développement du fœtus. À la fin de la grossesse, c'est un sixième du volume sanguin maternel total qui se trouve dans la circulation utéroplacentaire (Wieland Ladewig et al., 2019).

c) Les ovaires

Dès le début de la grossesse, les ovaires ne produisent plus d'ovules mais ils jouent tout de même un rôle important, puisque ce sont eux qui sécrètent la progestérone jusqu'à ce que le placenta prenne le relais autour de la septième semaine de grossesse (Wieland Ladewig et al., 2019).

d) Le col de l'utérus

Durant la grossesse, stimulées par les œstrogènes, les glandes endocervicales du col de l'utérus sécrètent une glaire épaisse qui forme le bouchon muqueux. Le bouchon muqueux empêche les infections et autres agents pathogènes de remonter dans la cavité utérine où se développe la grossesse. L'action des œstrogènes et l'hyperactivité des glandes endocervicales peuvent engendrer une augmentation abondante des pertes vaginales. Comme pour l'utérus, le col est lui aussi plus vascularisé, ce qui peut lui donner une coloration légèrement violacée (Wieland Ladewig et al., 2019).

e) Le vagin et la vulve

Toujours en lien avec l'action des œstrogènes, la vulve devient hyperpigmentée, la muqueuse vaginale s'épaissit et le tissu conjonctif s'assouplit. Ces changements mènent à une sensibilité accrue de la zone génitale (Wieland Ladewig et al., 2019).

Le vagin est plus congestionné, ses parois s'assouplissent et une forte pression est exercée par l'utérus gravide, engendrant une prédisposition aux varices et œdèmes vulvaires.

Les sécrétions vaginales changent d'acidité, passant d'un pH de 3.5 à 6, ce qui empêche la prolifération bactérienne. Or, l'acidité favorise l'apparition de candidoses (Wieland Ladewig et al., 2019).

2.3.3 Les modifications physiologiques du système respiratoire

Durant la grossesse, les besoins en oxygène de la femme enceinte augmentent. Le volume inspiratoire, la consommation d'oxygène et la ventilation par minute deviennent plus importants. L'augmentation de la consommation d'oxygène est un des effets de la progestérone. Cependant, la capacité résiduelle fonctionnelle, le volume de réserve expiratoire et le volume résiduel diminuent. Plus l'utérus gravide grandit, plus le diaphragme est poussé vers le haut. La cage thoracique s'évase et le diamètre du thorax peut augmenter jusqu'à 6 centimètres (Wieland Ladewig et al., 2019).

La respiration passe d'abdominale à thoracique au cours de la grossesse, car le diaphragme a de moins en moins de place pour descendre lors de l'inspiration. Toutes ces modifications peuvent mener à une hyperventilation ou à des dyspnées (Wieland Ladewig et al., 2019).

2.3.4 Les modifications physiologiques du système digestif

Au niveau du système digestif, la sécrétion importante de progestérone induit un relâchement des muscles lisses qui tend à ralentir la digestion et ainsi prolonger le temps de vidange gastrique. Le péristaltisme est également réduit par l'action de la progestérone. Ainsi, la femme enceinte est plus sujette aux reflux gastro-œsophagiens, aux ballonnements et à la constipation. La constipation, ajoutée à la pression de l'utérus exercée sur les vaisseaux sanguins du pelvis, peut être à l'origine d'hémorroïdes.

Les nausées et vomissements peuvent aussi venir de l'effet relaxant de la progestérone sur la musculature lisse du système digestif (Wieland Ladewig et al., 2019). Les nausées et vomissements de grossesse sont fréquents au cours du premier trimestre. Ils surviennent principalement le matin, mais peuvent aussi survenir l'après-midi ou le soir. Ils disparaissent généralement à la fin du premier trimestre, tout en persistant malgré tout au deuxième trimestre chez 20% des femmes enceintes (Page, 2004).

En outre, il existe une pathologie nommée hyperémèse gravidique, qui touche entre 0.5 et 2% des femmes enceintes. Cette pathologie se définit par des vomissements incoercibles, accompagnés d'une perte de poids de plus de 5% et de signes de déshydratation (Deruelle et al., 2022).

Pendant la grossesse, les besoins nutritionnels de la femme enceinte accroissent afin de permettre un bon développement fœtal. L'HPL et la progestérone sont responsables de la stimulation de l'appétit. En parallèle, l'HPL augmente la résistance physiologique à l'insuline,

alors que la progestérone diminue les dépenses énergétiques. Les œstrogènes, de plus en plus sécrétés, influencent également le changement pondéral subi durant la grossesse.

Par rapport à la prise de poids pendant la grossesse, celle-ci devrait se situer entre 11.5 et 16 kilogrammes chez une femme dont le poids est considéré comme normal (BMI entre 18.5 – 24.9). Chez une femme souffrant d'obésité (BMI >30), la prise de poids ne devrait pas dépasser les 5 à 9 kilogrammes. Cependant, chez une femme en déficit pondéral (BMI <18.5), la prise de poids devrait être suffisante pour combler le déficit pondéral, puis prendre 12.7 à 18.1 kilogrammes (Wieland Ladewig et al., 2019). En début de grossesse, le gain pondéral est principalement influencé par la constitution des réserves. Au deuxième et troisième trimestre, c'est la croissance du fœtus et des annexes qui influence la prise de poids maternel (Daoulatian, 2020).

2.3.5 Les modifications physiologiques du système locomoteur

Dès le début de la grossesse, l'hormone relaxine, couplée aux effets de la progestérone et des œstrogènes, va avoir un effet important sur les tissus des systèmes ligamentaires et pelviens. La relaxine assouplit les articulations, telles que la symphyse pubienne, et induit ainsi une hyperlaxité ligamentaire. Cette dernière peut être à l'origine du « syndrome de Lacomme » ou « arthropathie de la symphyse pubienne », qui peut être responsable de fortes douleurs pelviennes et d'une difficulté à la mobilisation (Contreras, 2014). En revanche, cette hyperlaxité ligamentaire engendrée par les différentes hormones de grossesse permettra une meilleure accommodation foeto-pelvienne lors de l'accouchement (Contreras, 2014).

Dû au poids et à la taille de l'utérus gravide, le centre de gravité de la femme change également pour se déplacer vers l'avant, ce qui entraîne une hyperlordose lombaire, pouvant être accompagnée par des douleurs lombaires (Marpeau, 2010).

2.3.6 État psychique de la femme enceinte

La grossesse est considérée comme un véritable chamboulement dans la vie d'une femme. Selon Isserlis et al. (2008), la grossesse est décrite comme « une phase de transition », « une crise » dans la vie du couple qui attend l'enfant, accompagnée d'une fragilité émotionnelle importante. Il est montré que la grossesse est une période pendant laquelle les femmes sont plus sujettes au stress, à l'anxiété et sont instables émotionnellement (Isserlis et al., 2008).

Chaque femme vit sa grossesse différemment ; il n'existe pas de réelles normes concernant l'état psychique des femmes pendant leur grossesse. Cependant, des émotions, sentiments, réactions et états d'âmes se retrouvent chez de nombreuses femmes enceintes, en fonction de leur trimestre de grossesse (Isserlis et al., 2008). Au premier trimestre par exemple, la femme peut ressentir un plaisir intense à l'idée d'être enceinte. Elle peut également être sujette à une instabilité émotionnelle, et ressentir un fort inconfort lié aux symptômes de grossesse du premier trimestre. Au deuxième trimestre, l'attachement avec le fœtus se met progressivement en place, la femme peut ressentir une sensation de bien-être général et de plénitude. C'est à ce moment-là aussi que les femmes commencent à éprouver le besoin de se préparer à la naissance. Lors du troisième trimestre, la peur et le stress liés à l'accouchement peuvent se faire ressentir. La gestion de la douleur, tout comme l'inquiétude quant à la bonne santé de l'enfant à naître, peuvent être sources de stress. C'est à cette

période de la grossesse que l'on observe le plus de vulnérabilité émotionnelle face aux événements de la vie quotidienne. L'état de bien-être peut aussi être altéré par l'inconfort physique lié à la fin de grossesse et la fatigue (Isserlis et al., 2008).

2.4 Sexualité et grossesse

Comme montré dans le chapitre ci-dessus, le corps subit des changements notables durant la grossesse. Nous allons maintenant voir plus concrètement en quoi ces modifications physiologiques peuvent avoir un impact sur la vie sexuelle de la femme enceinte.

a) 1^{er} trimestre

Le premier trimestre est rythmé par l'apparition des différents maux de début de grossesse. Les nausées et vomissements, l'hypersomnie, la modification du goût et de l'odorat peuvent avoir un fort impact sur les activités de la vie quotidienne de la femme enceinte (Lopès & Poudat, 2014). L'asthénie liée au premier trimestre de grossesse pourrait avoir un impact sur le désir et le temps de latence orgasmique peut être plus long. La crainte de faire une fausse couche peut également freiner le désir sexuel (De Pierrepont et al., 2022).

Cependant, ces facteurs varient selon chaque femme. Par exemple, pour certaines, le fait de ne plus avoir à se soucier d'être ou de ne pas être enceinte peut augmenter la libido (Nissim, 2004).

Dans tous les cas, il est conseillé d'aborder la sexualité en début de grossesse avec douceur, bienveillance et patience, car les sensations physiques et émotionnelles peuvent être amplifiées (Nissim, 2004).

b) 2^{ème} trimestre

Le deuxième trimestre est souvent décrit comme étant « une période privilégiée d'épanouissement psychique et physique » (Lopès & Poudat, 2014). En effet, les maux de début de grossesse s'estompent ou disparaissent, le ventre s'arrondit mais n'empêche pas certaines mobilisations ou positions. Aussi, comme il y a un flux sanguin plus important, les seins et les lèvres sont plus vascularisées, et la lubrification vaginale est augmentée (Lopès & Poudat, 2014). La sensibilité des seins est elle aussi accrue, pouvant procurer plus de plaisir ou à l'inverse rendre le toucher des seins désagréable (Langis et al., 2015). Durant le deuxième trimestre, une augmentation de la libido et de la sensation d'excitation peut être ressentie. De ce fait, il peut arriver qu'à ce moment, la libido du partenaire soit à un rythme différent de celui de la femme enceinte (Nissim, 2004).

c) 3^{ème} trimestre

Au troisième trimestre, d'autres maux de grossesse comme les brûlures d'estomac, les maux de dos, les douleurs ligamentaires ou la respiration courte peuvent amener à des changements et à des réaménagements de la sexualité (Nissim, 2004). Dû à l'expansion abdominale notamment, certaines positions deviennent inconfortables ou difficilement réalisables. En fin de grossesse, le coït peut être remplacé par la masturbation en couple ou les caresses érotiques, plus ou moins sans impact négatif sur la sensualité et la satisfaction sexuelle (Langis et al., 2015).

En fin de grossesse, des croyances peuvent amener à éviter les rapports sexuels. Il y a par exemple la peur de toucher le fœtus et de le blesser, ou la peur que le rapport induise un accouchement prématuré (Pause, 2003).

Dans le livre *La sexualité des femmes racontée aux jeunes et aux moins jeunes* (2004), Rina Nissim propose, avant un rapport sexuel en fin de grossesse, de : « prendre un temps de silence pour sentir le fœtus et le prévenir qu'il va y avoir une tempête des cœurs ».

2.4.1 Sexualité et grossesse dans la culture biomédicale

Dans l'histoire de la maternité, il est intéressant de mentionner que pour Mauriceau (1637-1709), une femme enceinte devait être considérée comme patiente, atteinte d'une maladie. Elle portait la charge de sa grossesse physiologique. Il était donc important de la prévenir des risques encourus par de mauvaises façons d'agir. Si la femme se savait trop « sanguine », il lui était avisé de s'abstenir de tout rapport, sans quoi elle risquait des complications, telles que les varices vulvaires ou les saignements pouvant être le signe d'une fausse couche, d'un accouchement prématuré ou même d'une hémorragie du post-partum (Tardieu, 2004).

Mais la grossesse est-elle toujours associée à la pathologie ? Selon le dictionnaire médical de l'Académie nationale de Médecin, la grossesse pathologique est définie comme : « une grossesse présentant une anomalie maternelle ou fœtale avérée faisant craindre des complications pour son évolution et pour l'accouchement » (Buffet et al., 2023).

Comme cité plus haut, en dehors de toutes les croyances de société, la grossesse n'est pas une contre-indication à une vie sexuelle active. Or, il existe certaines exceptions pour lesquelles les rapports sexuels sont déconseillés pendant la grossesse, comme lors de menace d'accouchement prématuré, de placenta prævia, de rupture prématurée des membranes ou de métrorragies inexplicables (Thomas et al., 2019).

Selon Rina Nissim (2004), si les rapports sexuels sont contre-indiqués, par exemple en cas de risque augmenté de fausse couche, il est important de prendre la situation dans son ensemble et de ne pas oublier que certains facteurs comme le stress, le rythme de travail, le manque de repos peuvent avoir un impact encore plus conséquent sur le risque de fausse couche que le rapport sexuel en lui-même. Elle met aussi en avant le fait que : « plus on médicalise un corps, plus on le déssexualise. Il ne faut pas laisser l'anxiété des contrôles attaquer notre bien-être. Il faut casser l'idée que c'est une maladie chronique de neuf mois » (Nissim, 2004).

Dans notre travail, nous avons souhaité aborder la sexualité dans la grossesse physiologique, restreignant ainsi la littérature disponible. Nous n'allons donc pas aborder la grossesse sous sa forme pathologique. Toutefois, il nous semble pertinent de relever que l'environnement dans lequel s'insère une grossesse peut influencer les comportements sexuels des couples. Un environnement plus médicalisé implique que les partenaires pourraient être plus prudents à avoir des rapports sexuels, sans pour autant avoir de contre-indications formelles associées à une pathologie spécifique de grossesse (Neiterman, 2013).

3. Problématique

Les femmes, au cours des générations, ont expérimenté la grossesse en suivant les courants de l'époque, en s'adaptant aux us et coutumes de leur société. De nos jours encore, les femmes vivent la grossesse et la maternité en suivant les mœurs et croyances, en étant influencées par leur entourage, les médias et autres facteurs sociétaux. La grossesse est donc un événement de vie relativement universel et intemporel, touchant la majorité de la population planétaire. Inhérentes à la grossesse, des modifications physiologiques touchant toutes les parties du corps et de l'esprit de la femme surviennent au cours des trois trimestres de grossesse. Un impact certain est engendré par ces changements, et peut influencer positivement ou non la qualité de vie de la femme et du couple durant cette période. Dans le concept qualité de vie sont compris la mobilité, le sommeil, l'alimentation, les douleurs, l'humeur, mais aussi la sexualité.

Comme mentionné dans le cadre théorique de référence, la sexualité est un concept universel aussi et richement compliqué, s'inscrivant dans un contexte à la fois historique, social, religieux et politique. Au cours de l'histoire, le rapport à la sexualité et son objectif ont évolué. Bien qu'au temps des Grecs et des Romains, l'entité du couple n'était que peu importante, la société d'aujourd'hui tend à un idéal dans lequel le conjoint est non seulement l'amant parfait et attentionné, mais aussi le meilleur ami et le père présent pour les enfants. Il survient donc une pression sociale non négligeable à être parfaitement épanoui dans tous les domaines de sa vie, et notamment dans la sexualité. L'enjeu est de vivre une sexualité satisfaisante qui allie fécondité et érotisme dans l'intimité du couple.

L'analyse de ces divers concepts nous ont amené à supposer que les modifications physiologiques occurrentes durant la grossesse entraînent une répercussion sur l'intimité sexuelle de la femme et du couple. Ainsi, de par notre rôle professionnel de sage-femme, nous souhaitons aborder la question de recherche suivante :

Quel est l'impact des modifications physiologiques de la grossesse sur la satisfaction sexuelle du couple au cours des trois trimestres de grossesse ?

4. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

4.1 Modèle PICO

Nous avons pu mettre en avant les principaux concepts en lien avec notre question de recherche grâce au modèle PICO (tableau 1). Nous avons ensuite saisi ces concepts dans le portail HeTOP, ce qui nous a permis de définir les MeSH Terms en français et en anglais sous-jacents. Ainsi, nous avons créé nos équations de recherche dans les différentes bases de données. Les MeSH Terms sont issus de la base de métadonnées médicales MeSH, signifiant « Medical Subject Headings ». Ce système est régulièrement mis à jour par la National Library of Medicine (NLM) des Etats-Unis et permet d'indexer la recherche scientifique et les références bibliographiques. Nous avons aussi utilisé la base de données bibliographiques CINAHL Ultimate, afin d'optimiser les résultats trouvés, puis nous avons ajouté des mots clés libres en anglais si le MeSH Term n'existait pas ou si celui-ci n'était pas assez précis.

	Concepts/ Thèmes	MeSH Terms en Français	MeSH Terms en Anglais	Termes proposés par CINAHL	Mots-clés libres en anglais
P	Femmes enceintes Grossesse	Femmes enceintes Grossesse	Pregnant women Pregnancy	Expectant Mothers	Gestation
I	Modifications physiologiques liés au corps	-	adaptation, physiological	Pregnancy Discomforts	Physiological modifications Physiological change Symptoms
O	Satisfaction sexuelle	Sexualité Comportement sexuel Rapports sexuels	Sexuality Sexual behavior Sexual Health Sexual dysfunctions, psychological	Sexual behavior Sexual satisfaction	Sexual satisfaction Sexual relationship Attitude toward sex

Tableau 1: Mots-clés et MeSH Terms définis selon la méthode PI(C)O

4.2 Présentation des bases de données utilisées

Pour la sélection des articles, nous avons principalement utilisé la plateforme PubMed, qui est la base de données principale en termes de recherche documentaire en sciences biomédicales et infirmières. Afin d'élargir le champ de recherche d'articles, nous avons également utilisé la base de données CINAHL, qui est une autre plateforme regroupant différentes recherches dans le domaine des sciences infirmières et de la santé. Dans le tableau suivant (tableau 2), nous présentons les différentes équations de recherches effectuées ainsi que leurs résultats et les articles retenus pour notre travail de Bachelor.

Base de données	Équations	Articles retenus pour le BT
PubMed	((pregnancy) OR (pregnant women)) AND (((sexual behavior) OR (sexual satisfaction)) OR (attitude toward sex)) → 2'478 résultats entre 2019-2024	→ Effect of pregnancy symptoms on the sexual quality of life (Mutlu & Güleroğlu. 2023) → Factors associated with sexual practices and positions performed by pregnant women: a cross-sectional study (Pereira et al.. 2022) → Sexual Activity and Attitudes as Predictors of Sexual Satisfaction During Pregnancy: A Multi-Level Model Describing the Sexuality of Couples in the First 12 Weeks (Jawed-Wessel et al., 2019)
	(((pregnancy) OR (pregnant women)) AND (((((sexuality) OR (sexual behavior)) OR (sexual health)) OR (sexual satisfaction)) OR (sexual relationship))) AND (symptoms) → 788 résultats entre 2022-2024	→ Effect of pregnancy symptoms on the sexual quality of life (Mutlu & Güleroğlu. 2023)
	(((pregnancy) OR (pregnant women)) AND (((Pregnancy discomforts) OR (Physiological modifications)) OR (adaptation, physiological)) OR (physiological change))) AND (((((sexuality) OR (sexual behavior)) OR (sexual health)) OR (sexual satisfaction)) OR (sexual relationship)) → 203 résultats entre 2018-2024	→ Factors associated with sexual practices and positions performed by pregnant women: a cross-sectional study (Pereira et al.. 2022)
	(((pregnancy) OR (pregnant women)) AND ((genitalia) OR (vulva))) AND (((sexual behavior) OR (sexual satisfaction)) OR (attitude toward sex)) → 102 résultats entre 2018-2024	→ Morphometric and Vascular Modifications of the Clitoris During Pregnancy: A Longitudinal Pilot Study (Battaglia et al.. 2018)
	((pregnancy) OR (pregnant women)) AND ((sexual dysfunctions, psychological) OR (sexual distress)) → 191 résultats entre 2021-2024	→ The Paradox of Sexual Dysfunction Observed during Pregnancy (Daescu et al.. 2023) → SNOWBALL/Cross Referencing

CINHAL Ultimate	((MH "Expectant Mothers") OR "pregnant women") AND ((MH "Sexual Behavior") OR (MH "Attitude to Sexuality") OR (MH "Sexuality")) → 236 résultats	→ Morphometric and Vascular Modifications of the Clitoris During Pregnancy: A Longitudinal Pilot Study (Battaglia et al., 2018)
	((pregnancy) OR (pregnant women)) AND (((sexual behavior) OR (sexual satisfaction)) OR (attitude toward sex)) → 3'202 résultats	→ Sexual Activity and Attitudes as Predictors of Sexual Satisfaction During Pregnancy: A Multi-Level Model Describing the Sexuality of Couples in the First 12 Weeks (Jawed-Wessel et al., 2019)
	((MH "Expectant Mothers") OR "pregnant women") AND ((MH "Sexual Satisfaction") OR (MH "Sexual Dysfunction, Female") OR (MH "Sexual Dysfunction, Male")) → 39 résultats	→ The Paradox of Sexual Dysfunction Observed during Pregnancy (Daescu et al., 2023) → SNOWBALL/Cross Referencing

Tableau 2 : Articles retenus lors de la recherche de littérature

4.3 Présentation des critères d'inclusion et d'exclusion des articles choisis

Afin de retenir des articles pertinents pour notre travail de recherche, nous avons établi une liste de critères d'inclusion et d'exclusion. Cette liste s'est affinée selon les divers résultats obtenus dans nos premières recherches. De plus, une question claire nous a permis de mieux cibler les critères importants de notre recherche.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Publication dans les cinq dernières années depuis le début du travail de Bachelor (2018-2023)	Publication avant 2018
En français ou anglais	Études basées seulement sur la sexualité au post-partum
Pertinence des études en lien avec les thématiques de changements durant la grossesse et la sexualité dans le couple	Études traitant d'IST et non de satisfaction sexuelle
Études quantitatives et qualitatives	Régularité/fréquence des rapports sexuels et non la satisfaction
Échelles de mesures de satisfaction sexuelle spécifiées	Questionnement sur le désir sexuel et non la satisfaction sexuelle

4.4 Limites et contraintes

Nous avons débuté la recherche de nos articles via une équation de deux concepts tirés de notre modèle PICO. Cette équation nous fait ressortir énormément d'études mais, n'étant pas très précise, de nombreux articles n'entraient pas dans nos critères de sélection. Nous avons donc resserré notre champ de sélection en ajoutant des termes liés au concept des symptômes physiologiques de grossesse. Ajouter plusieurs synonymes en lien avec nos concepts sélectionnés nous a également permis d'affiner notre recherche et de la rendre plus précise. Nos équations de recherche ne donnant pas toujours des articles correspondant à nos critères, nous avons trouvé deux articles par cross-referencing, soit au travers de bibliographies d'autres articles.

Finalement nous avons sélectionné deux articles, un de Jawed-Wessel et al. (2019), et un de Pereira et al. (2022) mettant en avant les pratiques sexuelles durant la grossesse.

Les articles de Mutlu & Güleroglu (2023) et Daescu et al. (2023), que nous avons également sélectionnés pour notre travail, abordent plus spécifiquement les facteurs influençant la sexualité pendant la grossesse ainsi que leurs effets. L'article de Battaglia et al. (2018) est, quant à lui, légèrement différent de tous les autres articles sélectionnés. En effet, il ne traite pas directement de la sexualité pendant la grossesse mais aborde les modifications de la morphométrie et de la vascularisation clitoridienne et labiale au cours des trois trimestres de grossesse ainsi que ses potentiels impacts sur la sexualité, le stress et le partenariat. En plus d'offrir des résultats intéressants et une perspective différente à notre question de recherche, cet article pilote valorise un organe encore trop méconnu.

Tous nos articles ne prennent pas forcément en compte le témoignage du couple à part entière. En effet, seul l'article de Jawed-Wessel et al. (2019) a utilisé un échantillon formé de couples. Les quatre autres études n'ont interrogé que des femmes enceintes, dont celle de Pereira et al. (2022) qui inclut le partenaire par des questions posées aux femmes. De plus, les modifications physiologiques impactant principalement la femme enceinte, nous avons orienté notre recherche et modèle PICO dans ce sens-là pour obtenir un plus vaste choix d'articles. Nous gardons en tête qu'il peut s'agir d'un biais important.

4.5 Références complètes des 5 articles sélectionnés

1	Mutlu, Esra Nur Çiftçi, et Funda Tosun Güleroğlu. « Effect of pregnancy symptoms on the sexual quality of life ». <i>Revista da Associação Médica Brasileira</i> 69, n° 8 (2023): e20230111. https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230111 .
2	Battaglia, Cesare, Nicola Persico, Isabella Zanetti, Francesca Guasina, Mara Mattioli, Paolo Casadio, et Elena Morotti. « Morphometric and Vascular Modifications of the Clitoris During Pregnancy: A Longitudinal, Pilot Study ». <i>Archives of Sexual Behavior</i> 47, n° 5 (juillet 2018): 1497-1505. https://doi.org/10.1007/s10508-017-1046-x .
3	Jawed-Wessel, Sofia, Jon Santo, et Jay Irwin. « Sexual Activity and Attitudes as Predictors of Sexual Satisfaction During Pregnancy: A Multi-Level Model Describing the Sexuality of Couples in the First 12 Weeks ». <i>Archives of Sexual Behavior</i> 48, n° 3 (1 avril 2019): 843-54. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1317-1 .
4	Pereira, Emanuely Vieira, Jameson Moreira Belém, Maria Juscinaide Henrique Alves, Jaqueline Alves Silva Torquato, Paulo Renato Alves Firmino, Ana Virgínia De Melo Fialho, et Glauberto Da Silva Quirino. « Factors associated with sexual practices and positions performed by pregnant women: a cross-sectional study ». <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> 75, n° 3 (2022): e20210162. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0162 .
5	Daescu, Ana-Maria Cristina, Dan-Bogdan Navolan, Liana Dehelean, Mirela Frandes, Alexandru-Ioan Gaitoane, Andrei Daescu, Razvan-Ionut Daniluc, et Dana Stoian. « The Paradox of Sexual Dysfunction Observed during Pregnancy ». <i>Healthcare</i> 11, n° 13 (3 juillet 2023): 1914. https://doi.org/10.3390/healthcare11131914 .

Tableau 3: Liste de référence des articles sélectionnés

5. PRÉSENTATION DES ARTICLES ET ARTICULATION DES RÉSULTATS

5.1 Présentation des tableaux récapitulatifs

Mutlu, Esra Nur Çiftçi, et Funda Tosun Güleroğlu. « **Effect of pregnancy symptoms on the sexual quality of life** ». *Revista da Associação Médica Brasileira* 69, n° 8 (2023): e20230111. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230111>.

Objectif: Déterminer l'effet des symptômes de la grossesse sur la qualité de vie sexuelle

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
Design : Étude transversale descriptive Taille d'échantillon : 150 femmes enceintes Critères d'inclusion : ≥18 ans, grossesse unique, absence de maladie chronique, absence de facteurs de risque tels que : anomalie placentaire, infection, hémorragie, RPM ou MAP ; absence de troubles psychiatriques, absence de problème de communication, et absence de restriction prescrite de la vie sexuelle Critères d'exclusion : analphabétisme, grossesse induite par un traitement (fécondation in vitro ou l'insémination intra-utérine) Outils de mesure : Personal and Obstetric Information form, PSI (FoPS + LiDA), SQOL-F, IBM SPSS	Phase 1 : données recueillies lors d'entretiens en face à face Phase 2 : analyse statistique des données Période et lieu de l'étude : Clinique d'obstétrique et de gynécologie de l'hôpital de la ville de Yozgat (Turquie) entre octobre 2019 et avril 2020	Population : - Âge moyen des femmes enceintes : 27,7±5,2 ans 72,7% des femmes enceintes avaient planifié leur grossesse 48,7% des participantes ont déclaré que les problèmes rencontrés pendant la grossesse n'avaient pas affecté leur vie sexuelle Scores des différentes échelles obtenus : - score FoPS ↓ par rapport au niveau moyen (0-100): 45,31 - score LiDA ↓ par rapport au niveau moyen (42-126) : 68,18 - score SQOL-F moyen ↑ au niveau moyen (0-100) : 75,49 Corrélations entre le score SQOL-F et les scores FoPS et LiDA : faible corrélation négative - SQOL-F et FoPS ($\rho = -0,196$; $p = 0.016$) - SQOL-F et LiDA ($\rho = -0,189$; $p = 0.02$) Corrélation entre les scores FoPS et LiDA : forte corrélation positive ($r = 0,873$; $p < 0.001$) → La qualité de vie sexuelle diminue à mesure que la fréquence des symptômes de grossesse et la limitation des activités quotidiennes augmentent.	Limites : - Données obtenues basées sur les déclarations des participantes - Les résultats ne concernent que les femmes enceintes qui ont participé à l'étude et ne peuvent pas être généralisés à d'autres établissements de santé et à d'autres femmes enceintes Forces : - Pas de forces citées dans l'article

Notes: PSI = Pregnancy Symptom Inventory; FoPS = Frequency of Pregnancy Symptoms; LiDA = Limitation in Daily Activities; SQOL-F = Sexual Quality of Life-Female scale, IBM SPSS = IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 25 (programme d'analyse statistique de données)

Objectifs: Examiner les changements longitudinaux de la morphométrie et de la vascularisation clitoridienne et labiale au cours des trois trimestres de la grossesse et évaluer leur relation avec la sexualité, le stress et le partenariat.

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
• Design : Étude longitudinale • Taille d'échantillon : 18 femmes enceintes • Critères d'inclusion : primigestes, en bonne santé, de poids normal (BMI 19-25 kg/ m²), mariés et relation hétérosexuelle >1 an • Critères d'exclusion : HTA gravidique ou prégestationnelle, asthme, diabète, maladies rénales, maladies hépatiques, myomes, ovariectomie antérieure, troubles urologiques, antécédent de chirurgie périnéale, PMA • Outils de mesure : MFSQ, FSFI, US Doppler (analyse couleur), IBM SPSS	Une fois par trimestre de grossesse : • Doppler des artères clitoridiennes dorsales et labiales postérieures • mesures ultrasonographiques du volume clitoridien translabial et de l'épaisseur des petites lèvres • remplissage du questionnaire MFSQ et FSFI Période et lieu de l'étude : entre janvier 2013 et décembre 2014, Département de gynécologie obstétrique de Ferrare, Italie	Population : • Âge maternel moyen lors de la première visite de dépistage : 30,4±4,3 ans Modifications physiologiques significatives au cours de la grossesse : • ↑ progressive du volume du corps clitoridien (3Tvs1T p=0.046 ; 3Tvs2T p=0.025) • ↓ significative de l'IP de l'artère clitoridienne dorsale entre 1T et 3T (p<0.001) • ↑ épaisseur des petites lèvres (3Tvs1T p=0.023) • ↓ progressive et significative de l'IP de l'artère labiale postérieure (p<0.001) Changements de la sexualité au cours de la grossesse : • MFSQ : ○ ↓ modeste et non significative du score de la sexualité (p=0.058) et du nombre de rapports sexuels par semaine (p=0.255) ○ Changements significatifs liés au partenariat (3Tvs1T p=0.006 ; 3Tvs2T p=0.017 ; overall p=0.021). Valeur la plus basse au cours du 3T. • FSFI : ○ Pas de différences significatives pour la majorité des éléments (désir sexuel, excitation, orgasme, lubrification et douleur) ○ ↓ significative de l'élément satisfaction au cours du 3T (3Tvs1T p=0.007 ; 3Tvs2T p=0.036 ; overall p=0.015). Interaction des différents paramètres : • Relation inverse significative entre l'IP de l'artère clitoridienne et le nombre de rapports sexuels par semaine (p=0.007), l'IP de l'artère clitoridienne et la douleur FSFI (p=0.02), l'IP de l'artère labiale et la douleur FSFI (p=0.007). • ↑ épaisseur des petites lèvres associée à un plus grand nombre de rapports sexuels par semaine (p=0.011) → Les changements dans la morphologie et la vascularisation des organes génitaux ne semblent pas avoir d'impact sur la fonction sexuelle pendant la grossesse.	Limites : • Petit groupe homogène et sélectionné • Activités sexuelles évaluées uniquement chez les femmes mariées sans troubles sexuels • Résultats qui ne peuvent pas être appliqués à la population générale • Informations autodéclarées non confirmées auprès des partenaires Forces : • Pas de forces citées dans l'article

Notes: MFSQ = McCoy Female Questionnaire: sexuality (desire, orgasm, arousal, pain, satisfaction) and partnership (partner's sexual health, feeling, relationship); FSFI = Female Sexual Function Index; IP = indice de pulsatilité, IBM SPSS = IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 25 (programme d'analyse statistique de données)

Objectifs: Examiner les relations entre les attitudes à l'égard des relations sexuelles pendant la grossesse, les divers comportements sexuels et la satisfaction sexuelle chez les couples mixtes en attente d'un enfant.

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
• Design : étude transversale (modèle d'équation structurelle à plusieurs niveaux) • Taille d'échantillon : 116 couples • Critères d'inclusion : femme enceinte entre 8 et 12SA, nullipare, relation hétérosexuelle, couple vivant ensemble au moment de l'étude au Canada ou aux États-Unis et parlant anglais • Critères d'exclusion : couple ayant déjà eu des rapports sexuels pendant la grossesse actuelle alors que l'étude n'avait pas encore commencé • Outils de mesure : questionnaires rédigés par les auteurs de l'étude, SFQ, MSP, PSP, IBM SPSS	Recrutement en ligne via des forums consacrés à la grossesse ainsi que par le biais de prospectus distribués dans les cabinets d'obstétrique de la région puis remplissage des différents questionnaires par le couple Période et lieu de l'étude : mars-mai 2012, USA + Canada	Population : • Majorité de race blanche (femmes 91,1% et hommes 94,2%), hétérosexuels (femmes 96,4% et hommes 100%) et mariés (femmes et hommes 92,9%) • Âge moyen des femmes : 28,4 ans • Âge moyen des hommes : 30,2 ans • 54,3% (n=57) des femmes recevaient des soins prénataux, 12 femmes ont eu des problèmes de santé pendant la grossesse, 5 ont eu une grossesse à haut risque Résultats principaux : • 36,3% (n=35) des femmes relatent d'un professionnel de santé de s'abstenir de rapports vaginaux pendant la grossesse, et 52% (n=44.8) n'ont pas eu de rapports vaginaux au cours du mois écoulé • 88,8% ont été sexuellement actifs au cours de l'année écoulée et 62,6% au cours du dernier mois • 32% se sont touchés, étreints ou pris dans les bras et se sont embrassés au moins 1x/jour au cours du mois écoulé • >50% ont eu des rapports vaginaux/oraux au moins 1x au cours du dernier mois • >20% des couples pratiquait des rapports anaux • Le frottement des organes génitaux du partenaire était plus fréquent que le doigté vaginal ($15.61x^2$ soit $p<0.01$ contre $6.61 x^2$), <50% ayant pratiqué le doigté au cours du mois précédent. • 25% ont utilisé des jouets sexuels, seules ou avec un partenaire • Scores de satisfaction plus élevés chez les hommes ($b=0,82$, $SE=0,23$, $z=3,63$, $p<0.05$) Variables associées de manière significative à la satisfaction : • "Baisers" : facteur prédictif positif ($b=0,24$, $SE=0,10$, $z=2,42$, $p<0.05$) • "Doigtés vaginaux" : facteur prédictif positif ($b=0,60$, $SE=0,10$, $z=6,17$, $p<0.05$) • "Rapports sexuels vaginaux" : facteur prédictif positif ($b=0,16$, $SE=0,08$, $z=2,06$, $p<0.05$) • "Utiliser un jouet sexuel seul" : facteur prédictif négatif ($b=-0,34$, $SE=0,10$, $z=3,33$, $p<0.05$) • "Utiliser un jouet sexuel avec un partenaire" : facteur prédictif positif ($b=0,33$, $SE=0,13$, $z=2,55$, $p<0.05$) → Les attitudes à l'égard des rapports sexuels pendant la grossesse prédisent de manière significative la satisfaction sexuelle en agissant sur des comportements sexuels spécifiques.	Limites : • Que des participantes enceintes entre 8 et 12 semaines de grossesse • Limité seulement aux femmes qui vivent actuellement avec leur partenaire Forces : • Comble les lacunes des recherches antérieures en étudiant la satisfaction sexuelle pendant la grossesse et en prenant en compte les deux membres de la relation • Explore un large éventail des comportements sexuels pendant la grossesse

Notes: SFQ = Sexual Function Questionnaire; MSP = Maternal Sex during Pregnancy; PSP = Partner Sex during Pregnancy, IBM SPSS = Statistics Standard Concurrent User V25 (programme d'analyse statistique de données)

Pereira, Emanuely Vieira, Jameson Moreira Belém, Maria Juscinaide Henrique Alves, Jaqueline Alves Silva Torquato, Paulo Renato Alves Firmino, Ana Virgínia De Melo Fialho, et Glauberto Da Silva Quirino. « **Factors associated with sexual practices and positions performed by pregnant women: a cross-sectional study** ». *Revista Brasileira de Enfermagem* 75, n° 3 (2022): e20210162. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0162>.

Objectif: Identifier les facteurs associés aux pratiques et positions sexuelles des femmes enceintes

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
• Design : étude transversale et quantitative • Taille d'échantillon : 354 femmes enceintes • Critères d'inclusion : femmes enceintes enregistrées dans le système de suivi et d'évaluation de la grossesse, de l'accouchement, de la puerpéralité et de l'enfance (SISPRENATAL-WEB) et suivies par les équipes de la stratégie de santé familiale (FHS) • Critères d'exclusion : adolescentes (10-19 ans), ne pas avoir de partenaire sexuel, être analphabète, présenter un handicap physique ou mental, grossesse à risque • Outils de mesure : formulaire autodidacte, PSQ, RStudio	Recrutement dans les salles d'attente des unités de santé de base, lors des consultations prénatales, à domicile et dans deux centres d'échographie s → invitation à participer et signature du formulaire de consentement Période et lieu de l'étude : 2016, Barbalha, Crato et Juazeiro do Norte, Ceará, Brésil	Population : • Hétérosexuels (99,8%) et mariés (43,2%) • Âge moyen des participantes : 26,9±4,3 ans Résultats principaux au cours de la grossesse : • Fréquence des pratiques sexuelles vs pré-grossesse : ○ ↓ (n=237; 67%), maintien (n=101; 28,5%) et ↑ (n=16; 4,5%) (p<0.0001) ○ Fréquence des pratiques sexuelles hebdomadaires : prédominance d'une à quatre fois ○ ↑ deuxième trimestre 72% (n=85) ○ Pas de signification statistique (p=0.06228) entre les trimestres • ↓ pratiques sexuelles : activités sexuelles préliminaires, disposition sexuelle, lubrification, orgasme, douleur ou inconfort, positions sexuelles, pratiques et satisfaction sexuelle (p<0.0001). • ↓ pratique de diverses positions sexuelles : entre pré-grossesse et grossesse (p<0.0001) ○ Pas de différence significative entre les trimestres (p=0.1311) • Pratique d'activité(s) sexuelle(s) préliminaire(s) (baisers, étreintes, massages, contacts intimes, léchage et caresses) : maintien (n=281; 79,3%), puis ↓ (n=52; 14,7%) et ↑ (n=21; 6%) (p<0.0001) • Fréquence des activités sexuelles préliminaires: maintien (n=265; 74,9%), puis ↓ (n=72; 20,33%) et ↑ (n=17; 4,8%) (p<0.0001) • Rapports sexuels vaginaux : association significative entre pré-grossesse et grossesse (40,7% et 46,9% respectivement, p<0.0001) ○ Pas de résultats significatifs entre les trimestres (p=0,3169). • ↓ disposition sexuelle du couple (femme enceinte : p<0.0001 ; partenaire : p<0.0001) • Facteurs qui ↑ pratiques et positions sexuelles (p<0,0001) : éducation, nombre d'accouchements, vie sexuelle, désir et excitation, disposition sexuelle de la femme enceinte, fréquence de l'orgasme et des pratiques sexuelles → Les pratiques et positions sexuelles des femmes enceintes sont influencées par les domaines de la fonction sexuelle, les aspects sexuels, reproductifs, physiques et psychologiques.	Limites : • Évaluation transversale avec une approche individuelle de la femme • Pas de lien avec les périodes pré-grossesse et post-grossesse • Rareté de la littérature concernant la description des pratiques et positions sexuelles adoptées par les femmes enceintes Forces : • Pas de force citée dans l'article

Notes : PSQ= Pregnancy Sexuality Questionnaire, RStudio = programme d'analyse statistique des données

Objectifs: analyser l'évolution de la fonction sexuelle au cours de la grossesse et mettre en évidence les facteurs prédictifs de la dysfonction sexuelle chez les femmes enceintes

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
• Design : étude longitudinale • Taille d'échantillon : 144 femmes enceintes • Critères d'inclusion : >16 ans, partenaire sexuel au moment du recrutement capables de lire et de comprendre le roumain • Critères d'exclusion : troubles endocrinologiques, neurologiques et psychiatriques, troubles somatiques graves, complications de la grossesse, dépendance ou abus de substances psychoactives, analphabètes, prise de médicaments susceptibles d'affecter le fonctionnement sexuel • Outils de mesure : FSFI ; BESAQ, BDI-II, MedCalc	Recrutement à la clinique de manière non randomisée 1 évaluation par trimestre de grossesse lors desquelles les femmes enceintes ont rempli un FSFI et un BESAQ. Lors de la dernière évaluation, elles ont également rempli l'inventaire BDI-II Période et lieu de l'étude : période de 12 mois, Timisoara, Roumanie	Population : • Mariées (90,97%) • Âge moyen des femmes : 29,52±5,33 ans Résultats principaux : • Satisfaction : ○ Relation (76.4% extrêmement satisfaites) ○ Soutien reçu de leur partenaire (73.6% extrêmement satisfaites) ○ Communication (61.8% extrêmement satisfaites) ○ Proximité émotionnelle (63.9% extrêmement satisfaites) • FSFI : ○ ↓ significative de la lubrification (5.1 à 4.8 ; p=0.02), la satisfaction (6.0 à 4.8 ; p=0.002), la douleur (5.6 à 4.4 ; p<0.001) et le score total du FSFI (30.6 à 27.7 ; p=0.01) de la 1^{ère} à la 3^{ème} troisième évaluation ○ ↑ significative de l'orgasme de la 1^{ère} à la 2^{ème} évaluation (4.8 à 5.2), ↓ de la 2^{ème} à la 3^{ème} évaluation (5.2 à 4.4) (p=0.04) ○ Pas de différence statistiquement significative entre les évaluations concernant le désir et l'excitation (p=0.16 et p=0.06 respectivement) • FSD lors de la 3^{ème} évaluation : ○ Femmes en sous-poids : 4% présentaient une FSD ○ Femmes en surpoids : 54% présentaient une FSD, tandis que 38% étaient sans FSD ○ Femmes obèses : 29% présentaient une FSD, tandis que 52% étaient sans FSD (non significatifs, p=0.28) → La satisfaction sexuelle durant la grossesse reste stable et la prise de poids peut être un facteur prédictif de la dysfonction sexuelle.	Limites : • Recrutement fait dans une seule clinique • Petite taille de l'échantillon • Possible biais de sélection Forces : • Étude longitudinale avec un suivi des femmes tout au long de leur grossesse
• Notes : FSFI = Female Sexual Function Index ; BESAQ = Body Exposure in Sexual Activities Questionnaire ; BDI-II = Inventaire de dépression de Beck ; FSD = Female Sexual Dysfunction, MedCalc = programme d'analyse statistique des données			

5.2 Articulation des résultats

En partant de notre question de recherche « Quel est l'impact des modifications physiologiques de la grossesse sur la satisfaction sexuelle du couple au cours des trois trimestres de grossesse ? », nous avons mis en évidence des thématiques récurrentes dans les cinq articles sélectionnés. Ceci nous a permis de faire ressortir des éléments de réponse à notre question.

Avec la volonté de rendre la lecture simple et concise, nous avons articulé nos résultats selon les thématiques les suivantes : impacts physiques (symptômes fréquents de la grossesse, FSD, FSFI), impact sur la morphologie du clitoris, impact de la prise de poids, changements dans la pratique sexuelle et changements dans la relation de couple. Nos éléments de réponse en découlent et sont précisés ci-dessous.

Les changements dans la pratique sexuelle ayant été abordés dans plusieurs études, nous avons souhaité en faire une thématique à part entière. Effectivement, il est intéressant d'analyser le changement de satisfaction sexuelle selon les changements dans la pratique. Enfin, pour rester dans l'idée du changement, nous avons relevé une thématique mettant en avant des changements dans l'initiative sexuelle du couple durant la grossesse. Il s'agit d'un autre axe pertinent pour répondre à notre question.

C'est donc ainsi que nous avons articulé nos résultats, avec la volonté de rendre la lecture simple et concise.

5.2.1 Impacts physiques de la grossesse et satisfaction sexuelle du couple

a) Symptômes fréquents de la grossesse

Dans leur étude, Mutlu & Güleroğlu (2023) mettent en évidence que les scores FoPS (Frequency of Pregnancy Symptoms) et LiDA (Limitation in Daily Activities) obtenus sont inférieurs par rapport au niveau moyen des échelles respectives des scores. Ils montrent aussi que les deux scores ont une forte corrélation positive ($r=0.873$; $p<0.001$) : si l'un augmente, alors l'autre augmente également. Mutlu & Güleroğlu (2023) ont basé leur étude sur l'inventaire des symptômes de la grossesse (PSI) (Foxcroft et al., 2013), questionnaire de 41 items composé d'une partie « fréquence des symptômes » et d'une partie « limitation de vos activités quotidiennes », incluant notamment : « changes in nipples », « change in libido », « hip pelvic pain », « breast pain », « altered body image », « sore nipples », « anxiety », ou encore « feeling depressed ».

Mutlu & Güleroğlu (2023) mentionnent en revanche que plus la fréquence des symptômes de grossesse augmente, plus la qualité de vie sexuelle diminue (faible corrélation négative, $\rho=-0,196$; $p=0.016$).

b) Impact de la grossesse sur la dysfonction sexuelle féminine (FSD)

En plus de l'inventaire des symptômes de la grossesse (PSI), Mutlu & Güleroğlu (2023) ont employé l'échelle de la qualité de vie sexuelle féminine (SQOL-F) pour leur étude. Ce

questionnaire a pour objectif majeur d'évaluer l'impact de la dysfonction sexuelle féminine (FSD) sur la qualité de vie sexuelle d'une femme. Selon eux, le score moyen du SQOL-F des participantes était supérieur au niveau moyen l'échelle. De plus, une faible corrélation significative a été relevée entre le SQOL-F et les scores FoPS et LiDA ($p=0.016$ et $p=0.02$). Ainsi, si les symptômes de grossesse et la limitation des activités augmentent, alors la qualité de vie sexuelle diminue.

Dans l'étude de Daescu et al. (2023), 49.1% des participantes ont présenté une dysfonction sexuelle au cours du troisième trimestre. Ils mettent également en avant le fait que les patientes ayant un antécédent d'avortement ont un risque significativement plus élevé de développer une dysfonction sexuelle féminine ($OR=5.96$, $p=0.028$). Les femmes présentant un score BDI (inventaire de dépression de Beck) élevé ont également un risque augmenté de développer une dysfonction sexuelle féminine ($OR=1.15$, $p=0.037$). Cependant, toujours selon Daescu et al. (2023), être célibataire serait un facteur protecteur pour une dysfonction sexuelle féminine, diminuant le risque de 0.09 fois ($OR=0.09$, $p=0.045$). Un BMI augmenté est un facteur protecteur contre une dysfonction sexuelle féminine ($OR=0.79$, $p=0.012$).

c) Impact de la grossesse sur la fonction sexuelle féminine (FSFI)

Dans leur étude, Battaglia et al. (2018) n'ont pas montré de différence significative entre les trimestres (T) de grossesse concernant le score total du FSFI, questionnaire abordant les sentiments et réactions sur le plan sexuel (lubrification, orgasme, désir, douleur, excitation, satisfaction) ($T=26.0$, $T2=27.0$, $T3=26.0$, $p=0.413$). Cependant, selon Daescu et al. (2023), le score total du questionnaire FSFI diminue significativement au cours des trois trimestres de grossesse ($T1=30.6$, $T2=30.5$, $T3=27.7$, $p=0.01$). Le FSFI étant un questionnaire couramment employé dans la recherche sur la sexualité, nous pensons intéressant de détailler les six domaines le composant et comparer les résultats des diverses études à ce sujet.

I. Impact de la grossesse sur la lubrification

Daescu et al. (2023) ont décrit une diminution significative de la lubrification vaginale entre le premier et le troisième trimestre de grossesse ($T1=5.1$, $T2=5.1$, $T3=4.8$, $p=0.02$).

Or, Battaglia et al. (2018) n'ont pas montré de différence significative entre les trimestres de grossesse concernant la lubrification ($T1=4.85$, $T2=5.29$, $T3=4.64$, $p=0.417$).

Quant à Pereira et al. (2022), ils présentent la lubrification comme étant un facteur influençant négativement les pratiques sexuelles pendant la grossesse ($p<0.0001$). Dans leurs résultats, il n'est pas précisé s'il s'agit de lubrification augmentée ou diminuée.

L'étude de Jawed-Wessel et al. (2019) s'est penchée sur l'utilisation de lubrifiant au cours de la grossesse. Le lubrifiant n'a pas été utilisé dans 61.8% des couples dans leur pratique sexuelle au cours du dernier mois. Sur l'échantillon restant ayant utilisé au moins une fois du lubrifiant dans sa pratique sexuelle au cours du dernier mois, on compte 17.2% de femmes et 12.5% d'hommes.

II. Impact de la grossesse sur la douleur et l'inconfort

Selon Pereira et al. (2022), la douleur et l'inconfort pouvant être ressentis pendant l'acte sexuel est un facteur influençant négativement la pratique sexuelle durant la grossesse ($p=0.0001$).

Aussi, Daescu et al. (2023), a montré une diminution significative dans le domaine de la douleur du FSFI durant les trois évaluations, avec pour résultats : $T1=5.6$, $T2=5.6$, $T3=4.4$ ($p<0.001$).

Cependant, selon l'étude de Battaglia et al. (2018), il n'y a pas de différence significative en lien avec l'évaluation de la douleur au cours des trois trimestres de grossesse ($T1=3.24$, $T2=3.06$, $T3=3.2$, $p=0.769$). Leur étude met également en avant une relation inverse entre l'indice de pulsatilité (IP) de l'artère clitoridienne et labiale et le domaine de la douleur du FSFI ($p=0.02$, $p=0.007$).

III. Impact de la grossesse sur l'orgasme

Selon les données de Daescu et al. (2023), il y aurait une baisse de la fonction orgasmique en fin de grossesse. En effet, une différence significative a été mise en évidence entre les trimestres de grossesse ($T1=4.8$, $T2=5.2$, $T3=4.4$, $p=0.04$). Comme le montrent ces chiffres, le score de l'orgasme augmente entre le premier et deuxième trimestre, puis diminue entre le deuxième et le troisième trimestre.

Au contraire, Battaglia et al. (2018) n'ont pas obtenu de différence significative de la fonction orgasmique selon les trimestres de grossesse ($T1=4.84$, $T2=4.96$, $T3=5$, $p=0.576$).

Un lien a été fait entre la fréquence et l'intensité de l'orgasme et leur influence sur les pratiques sexuelles du couple dans l'étude de Pereira et al. (2022). Ils avancent que la fréquence de l'orgasme influence positivement les pratiques sexuelles ($p=0.001472$), tandis que l'intensité de l'orgasme influence négativement les pratiques sexuelles ($p<0.0001$) (Pereira et al., 2022). Dans leur étude en revanche, la figure énonçant ces résultats est difficilement interprétable car elle est erronée et donc peu claire.

IV. Impact de la grossesse sur le désir

Selon Daescu et al. (2023), bien qu'une diminution concernant le désir ait été relevée, la différence n'est pas statistiquement significative entre les trimestres de grossesse ($T1=4.2$, $T2=4.2$, $T3=3.6$, $p=0.16$).

Ce manque de différence entre les trimestres de grossesse concernant le désir sexuel est également relevée dans l'étude de Battaglia et al. (2018) ($T1=3.45$, $T2=3.43$, $T3=3.7$, $p=0.807$).

V. Impact de la grossesse sur l'excitation

Battaglia et al. (2018) n'ont pas montré de différence entre les trimestres de grossesse concernant la mesure de l'excitation par la vascularisation du clitoris ($T1=4.72$, $T2=4.78$, $T3=4.65$, $p=0.748$).

Une autre étude, celle de Daescu et al. (2023), trouve des résultats non significatifs similaires ($T1=5.1$, $T2=5.4$, $T3=4.5$, $p=0.06$).

VI. Impact de la grossesse sur la satisfaction

Selon les résultats de Daescu et al. (2023), « la satisfaction sexuelle est l'une des variables les plus importantes du bonheur conjugal et de la qualité de vie globale des couples ». Dans leur étude, ils mettent en avant que 93.8% des femmes interrogées se disent globalement satisfaites dans leur relation avec leur partenaire (satisfaites = 17.4%, extrêmement satisfaites = 76.4%). Cependant, une diminution significative de la satisfaction sexuelle au cours des trois trimestres de grossesse a été observée. En effet, le score de satisfaction sexuelle du FSFI est passé de 6.0 au premier et deuxième trimestre, à 4.8 au troisième trimestre ($p=0.002$). Des études similaires confirment cette diminution significative. Prenons l'exemple de Battaglia et al. (2018), qui ont aussi mis en avant une diminution significative de la satisfaction sexuelle au cours du troisième trimestre ($T1=5$ $T2=5.18$ $T3=4.61$ $p=0.015$), ainsi qu'une augmentation de la satisfaction entre le premier et le deuxième trimestre.

Dans l'étude menée par Jawed-Wessel et al. (2019), les hommes interrogés auraient explicité des scores de satisfaction plus élevés que les femmes ($p<0.05$). Or, cette étude stipule certains résultats sans avancer de chiffres, rendant la lecture délicate.

Ils énumèrent aussi les items associés de manière significative à la satisfaction sexuelle : les "baisers" ($b = 0,24$, $SE = 0,10$, $z = 2,42$, $p < 0,05$), les "doigtés vaginaux" ($b = 0,60$, $SE = 0,10$, $z = 6,17$, $p < 0,05$), les "rapports sexuels vaginaux" ($b = 0,16$, $SE = 0,08$, $z = 2,06$, $p < .05$), "utiliser un jouet sexuel seul" ($b = -0,34$, $SE = 0,10$, $z = 3,33$, $p < 0,05$) et "utiliser un jouet sexuel avec un partenaire" ($b = 0,33$, $SE = 0,13$, $z = 2,55$, $p < 0,05$). L'item « utiliser un jouet seul » est le seul présentant un facteur prédictif négatif. Le doigté vaginal est associé plus négativement à la satisfaction chez les hommes et l'utilisation d'un jouet seul est associé positivement à la satisfaction chez les hommes et négativement chez les femmes.

d) Impact de la grossesse sur la morphologie et la vascularisation du clitoris

Dans leur étude, Battaglia et al. (2018), présentent que le volume moyen du clitoris augmente pendant la grossesse, passant d'un score de 0.79 au premier trimestre, puis 0.81 au deuxième trimestre puis 0.99 au troisième trimestre ($T3vsT1$ $p=0.046$; $T3vsT2$ $p=0.025$). L'indice de pulsatilité (IP), elle, diminue significativement au cours de la grossesse, passant d'un score de 1.56 au T1, puis 1.31 au T2, puis 1.22 au T3 ($p=0.001$). Une augmentation significative de l'épaisseur des petites lèvres, passant d'un score de 0.42 au T1 à un score de 0.49 au T3 ($3Tvs1T$ $p=0.023$) a également été observée. Cependant Battaglia et al. (2018) en concluent que ces changements ne semblent pas avoir d'impact sur la satisfaction sexuelle pendant la grossesse, comme démontré par les questionnaires sur la sexualité, et notamment la satisfaction sexuelle, MFSQ et FSFI.

e) Impact de la prise de poids pendant la grossesse sur la sexualité

Selon Daescu et al. (2023), la plupart des femmes (75,7%) estimaient que les changements physiques et psychologiques associés à la grossesse leur permettaient de faire ce qu'elles avaient à faire dans leur vie quotidienne. Dans leur étude, ils montrent une augmentation du

BMI de la première à la troisième évaluation. Les valeurs médianes du BMI-1ère évaluation, du BMI-2ème évaluation et du BMI-3ème évaluation étaient les suivantes : 23,71 (20,57-27,37), 24,46 (22,08-28,63) et 28,95 (25,92-32,81), respectivement. Il y avait également des différences significatives entre la première et la deuxième évaluation du BMI ($p<0,001$) et entre la première et la troisième évaluation du BMI ($p<0,001$), ainsi qu'entre la deuxième et la troisième évaluation du BMI ($p<0,001$).

Daescu et al. (2023) présentent le BMI plus élevé comme étant un facteur protecteur de la dysfonction sexuelle féminine (FSD). En effet, chaque unité du BMI (kg/m^2) en plus diminue de 0.79 fois la probabilité d'être confronté à un FSD en fin de grossesse. Cependant, ce lien entre le BMI et la diminution du risque de FSD n'apparaît que lors du dernier trimestre de grossesse. En effet, lors des deux premiers trimestres de grossesse, un BMI élevé est plutôt associé à une diminution du désir sexuel.

Daescu et al. (2023) ont également utilisé l'échelle BESAQ pour établir une prédiction du fonctionnement sexuel (Thompson & Schaefer, 2019). Cette échelle a pour objectif d'évaluer les perceptions de l'image corporelle dans des contextes sexuels et le niveau de conscience de soi, d'anxiété, d'évitement, et d'exposer des aspects de l'apparence physique lors d'activités sexuelles (Cash et al., 2004). Plus le score est faible, plus la femme se sent à l'aise dans l'exposition de son corps lors des rapports sexuels. Dans leur étude, le score BESAQ montre des différences non significatives entre les trimestres de la grossesse ($T1=0.72$, $T2=0.56$, $T3=0.78$, $p=0.28$). Cette différence non significative selon les auteurs évoque la constance du confort et de l'exposition corporelle au cours de la grossesse.

Aussi, en lien avec le résultat de l'étude de Mutlu & Güleroğlu (2023), l'item du PSI « altered body image » pourrait être un facteur influençant négativement l'échelle de qualité de vie sexuelle féminine (SQOL-F).

5.2.2 Grossesse et changements dans la pratique sexuelle

VII. Impact sur la fréquence

Battaglia et al. (2018), via le questionnaire de sexualité MFSQ, n'ont pas montré de diminution significative du nombre de rapports sexuels par semaine entre le premier et le dernier trimestre de grossesse ($T1=1.5$ $T2=1.4$ $T3=1.0$ $p=0.255$). Il semble pertinent de préciser que les couples ont été informés de la sécurité des rapports sexuels en cours de grossesse, ce qui peut induire un biais.

Dans l'étude de Jawed-Wessel et al. (2019) s'intéressant aux pratiques sexuelles réalisées pendant le premier trimestre de grossesse, la majorité des couples interrogés avaient eu une activité sexuelle au cours du mois précédent le début de l'étude. 32% des couples ont effectué les pratiques suivantes au moins une fois par jour pendant le mois écoulé : touchers, étreintes, baisers, prises dans les bras. Plus de 50% des couples interrogés ont eu des rapports vaginaux ou/et oraux au moins une fois au cours du mois écoulé, plus de 50% des couples interrogés ont reçu ou pratiqué du sexe oral au moins une fois au cours du mois écoulé. Aussi, la satisfaction sexuelle est positivement corrélée à la fréquence de l'activité sexuelle et aux attitudes positives à l'égard des rapports sexuels durant la grossesse. Cependant, ils

expriment que cette hypothèse est très simpliste et qu'elle suggère que, pour l'ensemble des couples, plus de rapports sexuels augmentent toujours plus la satisfaction sexuelle.

VIII. Impact sur l'acte en lui-même

Selon Pereira et al. (2022), il y a une association statistiquement significative entre la (les) position(s) sexuelle(s) pratiquée(s) pendant la période pré-grossesse et la période gestationnelle ($p < 0,0001$). Cependant, il n'y a pas de différence significative selon les trimestres de grossesse ($p = 0,1311$).

Par rapport aux différentes positions sexuelles adoptées par les couples, Pereira et al. (2022) mettent en avant une différence dans la pratique de certaines positions entre la pré-grossesse et la grossesse.

Par exemple, les positions face à face avec la femme assise sur le dessus (face à l'homme ou de dos, homme couché ou homme assis) sont moins pratiquées pendant la grossesse par rapport à la période pré gestationnelle (par exemple, pour la position face à face, la femme en haut assise et l'homme couché, avant la grossesse = 11.3% pendant la grossesse = 7.9%).

La position dans laquelle la femme est couchée sur le ventre et l'homme allongé sur le dessus est également une position moins pratiquée par le couple pendant la grossesse par rapport à la période pré gestationnelle (10.5% contre 5.8% durant la grossesse) .

Cependant, certaines positions sont plus pratiquées au moment de la grossesse par rapport à la période pré gestationnelle comme la position côte à côte sans contact visuel (spooning) qui est pratiqué à 8.7% avant la grossesse et à 14.5% pendant la grossesse. La position du missionnaire (face à face, femme sur le dos et homme allongé au-dessus) est également plus pratiquée pendant la grossesse que pendant la période pré gestationnelle (avant la grossesse = 23.3%, pendant la grossesse = 28.4%), ainsi que la position avec la femme à quatre pattes (avant la grossesse = 14.4%, pendant la grossesse = 15.7%) (Pereira et al., 2022).

Pereira et al. (2022) ont également mis en avant des différences dans les positions sexuelles pratiquées en fonction des trimestres de grossesse. En effet, certaines positions sont plus souvent pratiquées à la fin de la grossesse par rapport au premier trimestre comme la position côte à côte sans contact visuel (spooning) (11% au T1, 15.4% au T3, avec pic à 17.4% au T2). La position face à face, la femme étant allongée sur le dos et l'homme sur le dessus est également plus souvent pratiquée au troisième trimestre par rapport au premier (9.4% au T1, 13,5% au T2, 14.7% au T3). La position face à face, la femme assise sur le dessus est moins pratiquée entre le premier et le troisième trimestre (T1=7.4%, T3=4.8%), mais plus pratiquée entre le deuxième et le troisième trimestre (T2=3.8%, T3=4.8%).

5.2.3 Grossesse et changements dans l'initiative sexuelle du couple

Selon Jawed-Wessel et al. (2019), l'attitude face au sexe est positivement associée à une augmentation des "baisers" ($b = 0,24$, $SE = 0,08$, $z = 3,04$, $p < 0,05$), des "doigtés vaginaux" ($b = 0,56$, $SE = 0,07$, $z = 8,40$, $p < 0,05$) et des "rapports sexuels vaginaux" ($b = 0,74$, $SE = 0,09$, $z = 8,47$, $p < 0,05$). Il n'y a pas eu d'effet significatif des attitudes sur l'utilisation d'un jouet seul ou avec un partenaire.

L'étude de Battaglia et al. (2018) a mis en évidence des réductions significatives liées au partenariat (santé sexuelle du partenaire, sentiments du partenaire, relation au partenaire) au cours des trimestres de grossesse au travers du MFSQ (T1=29.8, T2=28.7, T3=24.1, $p=0.021$), avec en outre des valeurs significatives entre le premier et le troisième trimestre ($p=0.006$) ainsi qu'entre le deuxième et le troisième trimestre ($p=0.017$).

Pereira et al. (2022) relèvent que, au sein du couple, la femme enceinte réduit son initiative sexuelle.

Une réduction significative de la disposition du couple à avoir des rapports sexuels a aussi été mise en évidence (femme enceinte : $p<0.0001$; partenaire : $p<0.0001$). Or, l'étude présente une augmentation des pratiques et positions sexuelles en fonction de la disposition de la femme enceinte à avoir des rapports sexuels ($p<0.0001$) (Pereira et al., 2022).

Il n'y a pas de signification statistique entre la disposition sexuelle de la femme enceinte et les trimestres de gestation ($p=0,1126$) et entre la disposition sexuelle de la femme enceinte ($p=0,1126$) ou du partenaire ($p=0,2377$) en fonction des trimestres de gestation (Pereira et al., 2022).

L'initiative d'entreprendre un rapport sexuel par le partenaire a dominé que ce soit avant ou durant la grossesse (51.4% et 50.3%). En revanche, il n'y a pas eu de relation significative entre l'initiative de pratiquer du sexe et les trimestres de grossesse ($p=0.1331$) (Pereira et al., 2022).

6. DISCUSSION

6.1 Discussion des résultats

Les résultats de notre revue de littérature montrent que les modifications physiologiques de la grossesse ont des impacts sur la satisfaction sexuelle au sein du couple. Il y a notamment un impact sur la douleur et l'inconfort sexuel, l'orgasme, ou encore l'excitation. Les modifications physiologiques de la grossesse évoquent également un changement dans les pratiques sexuelles et la relation de couple.

En partant du concept de la satisfaction, les résultats peuvent être discutés en les classant sous différentes grandes dimensions. En effet, la satisfaction sexuelle découle directement d'une intimité de couple exprimant « la joie de vivre, le plaisir d'être ensemble et l'amour pour l'autre » (Gagnon & Thériault, 2006). Ainsi, cette satisfaction peut être déclinée en trois sous-dimensions : la dimension physique, incluant désir sexuel, excitation sexuelle et orgasme, les positions sexuelles et le BMI ; la dimension intellectuelle et la dimension affective/émotionnelle, englobant la perception du corps et la disposition du couple à avoir des rapports sexuels au cours de la grossesse. Les thèmes de la communication et du plaisir sexuel sont aussi évoqués. C'est au travers de ces dimensions que nous souhaitons aborder la discussion des résultats.

6.1.1 Dimension physique

a) Désir sexuel, excitation sexuelle et orgasme

Sous forme de questionnaire, le FSFI s'intéresse aux items suivants : la lubrification, l'orgasme, la douleur et l'inconfort, le désir, l'excitation et la satisfaction. Nous allons discuter ci-dessous de ces principaux items présentés dans nos différents articles sélectionnés.

L'étude de Mutlu & Güleroğlu (2023), par les résultats des scores FoPS et LiDA, semble affirmer que la qualité de vie sexuelle de la femme enceinte diminue à mesure que la fréquence des symptômes de grossesse et que la limitation des activités quotidiennes augmente. Cette étude étant la seule de notre travail à avoir utilisé ces scores, nous ne pouvons pas comparer ces résultats avec ceux de nos 4 autres articles sélectionnés. Cependant, les auteurs Ağapınar Şahin & Bekar (2023), ayant également utilisés ces scores, présentent des résultats cohérents avec ceux de Mutlu & Güleroğlu (2023), mettant en avant des scores FoPS et LiDA équivalents.

L'étude de Mutlu & Güleroğlu (2023) utilise le questionnaire PSI de Foxcroft et al. (2013), dont quelques items se rapprochent de ceux du FSFI, comme « increased vaginal discharge », « changes in libido » et « painful veins in vagina ». Or, ils ne présentent pas en détails ces items de grossesse agissant négativement sur la fonction sexuelle. D'autres études se sont penchées sur le sujet de manière plus détaillée, comme l'étude de Babazadeh et al. (2013). Ils énoncent que les changements mentaux et physiologiques, tels qu'une baisse du désir sexuel, une diminution de la fréquence des orgasmes, ou encore des douleurs lors de rapports sexuels peuvent être la cause d'une diminution des pratiques sexuelles (Babazadeh et al., 2013).

Nos différents articles sélectionnés semblent ne pas s'accorder sur les résultats en lien avec les variations du score FSFI pendant la grossesse. En effet, selon Battaglia et al. (2018), la fonction sexuelle féminine n'est pas impactée par la grossesse, alors que Daescu et al. (2023) mettent en avant une diminution du score FSFI durant les trimestres de grossesse. Aussi, la revue systématique de Thomas et al. (2019) affirme que l'entièreté des études sélectionnées tendent vers des hypothèses similaires à celle de Daescu et al. (2023).

La diminution du score FSFI et de la satisfaction sexuelle pourrait par exemple être expliquée par une baisse du désir, par l'inconfort lié aux symptômes de grossesse, ou par les fausses croyances véhiculées en lien avec la sexualité pendant la grossesse (Thomas et al., 2019).

Dans l'étude de Daescu et al. (2023), le domaine de la lubrification du score FSFI est présenté comme diminué au fur et à mesure que la grossesse avance. Il est imaginable qu'une diminution de la lubrification pourrait induire une augmentation de la perception de la douleur et de l'inconfort pendant le rapport sexuel (Aslan et al., 2005). Cependant, Daescu et al. (2023) ont plutôt mis en avant une diminution significative du domaine de la douleur. Néanmoins, la revue systématique de Thomas et al. (2019) présente plusieurs études dans lesquelles les femmes interrogées décrivent une augmentation de la perception de la douleur et de l'inconfort lors d'un rapport sexuel. De plus, une femme présentant une dysfonction sexuelle féminine est plus sujette à une mauvaise lubrification, impactant directement son confort sexuel, entraînant des dyspareunies et de la douleur (Symonds et al., 2005).

Concernant le domaine de l'orgasme, Daescu et al. (2023) présentent dans leur étude une baisse de la fonction orgasmique en fin de grossesse. Or, l'augmentation des œstrogènes associée à une sensibilité augmentée serait plutôt à l'origine d'une intensification de l'orgasme. À l'inverse, l'augmentation de la production de progestérone pendant la grossesse pourrait avoir un impact sur le désir sexuel et les expériences orgasmiques. Cela voudrait dire que les fluctuations hormonales ne peuvent pas expliquer à elles seules l'amélioration de la fonction orgasmique chez les femmes enceintes (Faubion et al., 2015).

b) Positions sexuelles

Dans leur étude, Pereira et al. (2022) présentent une analyse des différentes positions pratiquées lors des rapports sexuels avant et pendant la grossesse. Leur étude met en avant une différence significative entre les positions pratiquées avant et pendant les différents trimestres de gestation. Selon Charbonnier (1979), 30.8% des couples adaptent leurs pratiques sexuelles en adoptant de nouvelles positions lors des rapports sexuels pendant la grossesse. Certaines positions sont moins pratiquées pendant la grossesse que lors de la période pré gestationnelle, comme la position assise face à face. D'autres positions sont quant à elles plus pratiquées, comme la position côte à côte sans contact visuel (spooning). Cependant, d'autres travaux montrent des résultats différents, comme par exemple Borelli (2009) qui présente la position face à face couché comme étant plutôt confortable pendant la grossesse de par son ergonomie.

Dans tous les cas, la taille du ventre et l'inconfort qui peut y être lié semble être la raison principale de l'ajustement des positions sexuelles (Borelli, 2009). L'inconfort que peut ressentir la femme en décubitus dorsal peut également être une autre hypothèse expliquant la nécessité d'adapter les positions sexuelles pratiquées pendant la grossesse (Thomas et al., 2019).

c) Focus sur le BMI

L'étude de Daescu et al. (2023) met en évidence qu'un BMI plus élevé est un facteur protecteur de dysfonction sexuelle au troisième trimestre de grossesse et que cela diminuerait significativement le risque de souffrir de troubles sexuels en fin de grossesse. Ce résultat est surprenant car de nombreuses études antérieures présentent un score BMI élevé comme étant associé à une diminution de la libido, de l'excitation, à un inconfort sexuel ou à des limitations physiques, comme le montrent les études de Roxo et al. (2019) et Senobari et al. (2019).

Cependant, une des hypothèses d'explication concernant ces résultats inattendus serait que le bien-être sexuel des femmes enceintes en surpoids pourrait être influencé par l'aspect émotionnel de la sexualité. En effet, les femmes enceintes au BMI plus élevé seraient plus enclines à mettre l'accent sur la connexion émotionnelle et l'intimité dans leurs pratiques sexuelles, comme le met en avant l'étude de Nowosielski et al. (2016).

6.1.2 Dimension intellectuelle et fausses croyances

Comme le précise l'OMS, la santé sexuelle s'insère dans un contexte de croyances et de représentations (Organisation Mondiale de la Santé, 2006). L'histoire est riche à ce sujet et, dans son ouvrage *Grossesse et sexualité à travers l'Histoire* (2004), Nicolas Tardieu évoque la condition de la femme enceinte tout au long de l'histoire et ressort les aspects parfois contradictoires liés à sa sexualité.

Des études scientifiques se sont aussi intéressées à cette thématique, comme celles de Kaya et al. (2022), de De Pierrepont et al. (2022), de Doucet-Jeffray et al. (2004), ou encore Beveridge et al. (2018) et Corbacioglu et al. (2012). La liste n'est pas exhaustive. Il en ressort que certaines croyances dictent les comportements du quotidien, et notamment la pratique de rapports sexuels. Alors que, dans la Grèce antique, Aristote se positionne en pensant que les rapports permettent une expulsion de l'enfant plus rapide, le sperme de l'homme lubrifiant le vagin et le pénis l'élargissant, aidant ainsi l'enfant à naître plus facilement (Tardieu, 2004), l'étude plus actuelle de Pause (2003) exprime que certains couples craignent de provoquer un accouchement prématuré ou de blesser le fœtus s'ils ont un rapport sexuel avec pénétration vaginale.

Dans l'étude de Daescu et al. (2023), il a été mis en évidence qu'au troisième trimestre les femmes présentent une dysfonction sexuelle et que celles ayant eu un antécédent d'avortement risquent fortement de développer une dysfonction sexuelle féminine tels que des douleurs et de l'inconfort. L'étude de Pereira et al. (2022) met en avant que la femme enceinte aurait tendance à réduire son initiative sexuelle durant la grossesse, afin d'éviter tout inconfort et par crainte d'affecter la santé du fœtus. Cette tendance provient peut-être de l'époque où François Mauriceau (1637-1709) exprime la responsabilité de la femme à conserver sa grossesse et veiller au bien-être de son bébé. Il rejoint Hippocrate de la Grèce antique quant

à l'abstinence des premiers jours ainsi que des deux derniers mois de gestation, afin d'éviter un avortement spontané ou encore une superfétation¹ (Tardieu, 2004).

Ces différents résultats pointent vers un questionnement quant aux croyances et représentations des femmes et du couple concernant la pratique de rapports sexuels au cours de la grossesse et leurs potentiels impacts.

Il est intéressant de se pencher sur l'étude de Beveridge et al. (2018), dont les objectifs étaient d'évaluer les craintes des femmes à entreprendre des rapports sexuels pouvant nuire à la grossesse, et de comprendre les liens entre ces craintes et l'abstention sexuelle durant cette période, et le bien-être sexuel et relationnel. Les résultats soutiennent que la sexualité durant la grossesse peut être influencée par les croyances et représentations de la femme et du couple. Une autre étude, celle de De Pierrepont et al. (2022), va dans le même sens en s'interrogeant sur les associations directes et indirectes entre les craintes liées à l'activité sexuelle pendant la grossesse et l'adaptation du couple attendant leur premier enfant. Il est pertinent de relever que, parmi les partenaires, les deux craintes les plus courantes étaient de déclencher l'accouchement et de provoquer une fausse couche (De Pierrepont et al., 2022). Par ailleurs, ces croyances sont portées depuis le temps des Romains, alors que Soranos, qu'on pourrait nommer premier gynécologue, mentionnait que des rapports sexuels lors du premier trimestre de grossesse pouvaient être néfastes, provoquant une agitation du corps causant l'expulsion de la semence. Les mêmes indications étaient appliquées durant la période précédant l'accouchement. Le rapport pouvait provoquer une rupture des membranes et la perte du précieux liquide amniotique, utile à la lubrification vaginale et à la naissance (Tardieu, 2004).

Ainsi, l'hypothèse que les représentations, craintes et croyances des couples influencent leur comportement sexuel - diminution des rapports, abstinence - au cours de la grossesse peut être soutenue, impactant ainsi leur satisfaction sexuelle (Doucet-Jeffray et al., 2004).

Deux études sélectionnées pour ce travail nous invitent à réfléchir sur l'impact du biais que peuvent produire les informations reçues au cours de la grossesse sur les résultats des études. L'étude de Battaglia et al. (2018) montre qu'il n'y a pas eu de diminution du nombre de rapports sexuels au cours de la grossesse, entre le premier et le troisième trimestre. Ils précisent cependant que les couples avaient été préalablement informés qu'il n'y avait pas de risques à avoir de rapports sexuels sur la santé de l'enfant. L'étude de Jawed-Wessel et al. (2019), quant à elle, mentionne qu'un tiers des participantes à l'étude ont reçu comme conseil par un professionnel de santé de s'abstenir de rapports vaginaux pendant la grossesse et que la moitié d'entre elles n'ont pas eu de rapports vaginaux. Ces paramètres représentent donc peut-être un biais quant aux résultats de ces deux études.

¹ Conception d'un deuxième enfant lors d'un nouveau coït, la femme étant déjà enceinte d'un premier enfant.

6.1.3 Dimension affective et émotionnelle

d) Perception du corps

Il y a deux grandes catégories d'études concernant la perception du corps au cours de la grossesse et l'effet que cela peut avoir sur la vie sexuelle du couple. Alors que certains affirment que cela n'est pas ce qui influence le plus la vie sexuelle, du moins pas négativement, d'autres voient à travers la période gestationnelle un véritable impact négatif.

L'étude de Daescu et al. (2023) à travers l'échelle BESAQ, pour la prédiction du fonctionnement sexuel et l'impact sur sa pratique sexuelle de l'exposition du corps de la femme (Cash et al., 2004; Thompson & Schaefer, 2019), met en évidence qu'il n'y a pas de différences significatives entre les trimestres de grossesse. Ce résultat permet d'hypothétiser que la femme enceinte, peu importe le trimestre, se sent à l'aise et confortable dans l'exposition de son corps lors d'activités sexuelles. Cette hypothèse est soutenue par les résultats de l'étude de Tosun Güleroğlu & Uludağ (2022), qui mentionne qu'il y a une relation positive entre les fonctions sexuelles et la perception de la maternité liée à la grossesse. Savall et al. (2008) avancent aussi que la beauté du corps féminin et sa perception par les couples n'a pas révélé de changements significatifs dans les comportements sexuels du couple durant la grossesse. Nous pourrions avancer l'hypothèse que, pour certains couples, la perception du corps de la femme enceinte peut être très attirant et favoriser une vie sexuelle épanouie.

Au contraire de Mutlu & Güleroğlu (2023), Daescu et al. (2023) semblent affirmer que plus les symptômes de grossesse augmentent (via l'inventaire des symptômes de grossesse (PSI)), plus l'impact sur la qualité de vie sexuelle féminine (SQOL-F) est négatif. Ces résultats se basent sur le SQOL-F, questionnaire élaboré pour évaluer l'impact de la dysfonction sexuelle féminine (FSD) sur la qualité de vie sexuelle d'une femme. Parmi les différents items du PSI, nous retrouvons « altered body image », « greasy skin acne », « sore nipples », ou encore « hemorrhoids » (Foxcroft et al., 2013). Ces items sont associés à la perception et au confort du corps durant la grossesse et peuvent ainsi être des facteurs influençant négativement la qualité de vie sexuelle.

Un autre résultat de l'étude de Tosun Güleroğlu & Uludağ (2022) semble appuyer qu'il existe une relation négative entre les fonctions sexuelles et la perception du corps liée à la grossesse. Effectivement, alors que les femmes peuvent avoir une perception positive de la maternité, elles ressentent simultanément une perception négative au corps qui change, ce qui peut affecter la satisfaction sexuelle en renforçant la dysfonction sexuelle féminine (FSD). Ainsi, il est essentiel de s'enquérir du bien-être corporel de la femme enceinte pour qu'elle ne perde pas confiance en elle, sur le plan sexuel et en général (Symonds et al., 2005).

Dans l'étude de Pereira et al. (2022), les auteurs affirment qu'une des raisons pour lesquelles les couples auraient moins envie d'avoir de rapports sexuels et moins fréquemment serait le manque d'attractivité perçue par la femme enceinte ou par le partenaire. Ces résultats font écho à ceux de Pascoal et al. (2019), qui avancent qu'un lien existe entre l'insatisfaction corporelle et la détresse sexuelle, et que l'insatisfaction corporelle découle de la perception de chacun du corps de la femme enceinte. Par ces résultats, Pascoal et al. (2019) émet l'hypothèse que la grossesse n'est pas un facteur protecteur face à l'insatisfaction sexuelle.

Enfin, l'étude de Araújo et al. (2012) exprime aussi un lien plutôt négatif entre la perception du corps de la femme enceinte et la qualité de la sexualité. Ils ont en effet cherché à comprendre comment les femmes vivent les processus physiologiques de leur corps pendant la grossesse et leurs effets sur la sexualité, en analysant la prise de conscience des changements corporels, la vie avec les changements corporels, les sentiments et les sensations éprouvés dans la vie sexuelle pendant la grossesse et l'imagination du corps après la grossesse. Cependant, une nuance intéressante fait partie des résultats de l'étude. Alors que les femmes se sont senties inconfortables avec les changements corporels et ont espéré retrouver leur désir sexuel au post-partum, les partenaires ont exprimé trouver leur femme belle enceinte. Babazadeh et al. (2013) appuient cette hypothèse en exprimant que les conjoints de l'étude ont éprouvé du plaisir à voir leur femme avec des formes.

e) Disposition du couple à avoir des rapports sexuels au cours de la grossesse

Dans l'étude de Pereira et al. (2022), il est évoqué que la disposition du couple à avoir des rapports sexuels a diminué lors de la grossesse, et que cette diminution est associée à la disposition et l'initiative sexuelle de la femme enceinte. Si la femme enceinte est disposée à avoir un rapport sexuel, alors les pratiques et positions sexuelles ont tendance à augmenter. Dans ses recherches historiques, Nicolas Tardieu (2004) parle de la morale chrétienne qui se plie à la loi de la nature, composée de trois sens, pour justifier la honte de prendre du plaisir sexuel durant la grossesse et insister sur le but procréateur d'un rapport sexuel. Le premier sens concerne une métaphore agricole. « De même que l'agriculteur qui a jeté sur la terre les semences attend patiemment la moisson, sans recommencer à semer, la procréation des enfants est la mesure de notre satisfaction du désir »². Le second évoque une analogie à l'animal, qui une fois en gestation, veille à la bonne croissance de son enfant. Le troisième est plus rationnel, parlant de la finalité même de chaque organe, les organes génitaux étant conçus pour procréer uniquement, et non pour le plaisir de la chair. Enfin, rendre impur l'enfant en gestation est même mentionné par Ambroise, qui en vient à parler de « honte naturelle à ne pas interrompre l'œuvre de génération » et de respect envers Dieu le Créateur (Tardieu, 2004). Ces idées anciennes pourraient encore influencer de façon inconsciente et/ou indirecte les comportements sexuels des hommes et femmes durant la grossesse.

Daescu et al. (2023) amènent l'hypothèse que la dynamique de la relation peut être fortement influencée par les émotions et le bien-être émotionnel ressenti par la femme enceinte. Si les émotions sont positives, alors l'effet sur la relation sera lui aussi positif. L'étude de Symonds et al. (2005) nous invite à réfléchir au fait qu'il existe une corrélation positive entre l'impact sur l'échelle de la qualité de vie sexuelle féminine (SQOL-F) et la satisfaction dans la relation de couple. Aussi, si une femme présente une dysfonction sexuelle féminine (FSD), il est possible que cela impacte non seulement sa confiance sexuelle et son estime d'elle-même, mais aussi le bien-être sexuel de son partenaire. Selon Bender et al. (2018), les changements physiologiques de la grossesse affectent la femme enceinte dans son être sexuel. Ils ajoutent que la femme enceinte a besoin de recevoir non seulement de l'intimité émotionnelle, soit

² ATHÉNAGORE, *Supplique au sujet des chrétiens*, 33, in NOONAN J.T., *Contraception et mariage, évolution ou contradiction dans la pensée chrétienne ?*, p.102

d'être écoutée, soutenue et appréciée, mais aussi de l'intimité physique, n'impliquant pas forcément d'avoir des rapports sexuels fréquents.

L'étude de Mutlu & Güleroğlu (2023) avance qu'en cas de FSD, des émotions négatives peuvent impacter socialement le couple, entraînant des difficultés relationnelles et un changement dans le fonctionnement du couple (Symonds et al., 2005). Une autre étude, celle de Bender et al. (2018), amène l'idée que si le couple présente une intimité satisfaisante, alors la relation reste équilibrée, malgré les possibles difficultés. Aussi, Daescu et al. (2023) affirment que l'origine de la satisfaction sexuelle du couple peut être la présence de liens émotionnels, d'attachement et d'intimité dans un contexte sécuritaire et de soutien.

Savall et al. (2008) ont mené une étude dans laquelle ils démontrent des changements significatifs dans la sexualité du couple durant la grossesse, comme le choix des positions sexuelles, la fréquence des rapports et la disposition sexuelle de la femme enceinte. Ils informent aussi des changements non-significatifs, tels que les pratiques sexuelles et la disposition sexuelle du partenaire masculin. Ces résultats font penser qu'il serait pertinent d'approfondir la question de la disposition sexuelle du partenaire au cours de la grossesse.

L'étude de Battaglia et al. (2018) a mis en évidence des réductions significatives de la relation au partenaire, impliquant notamment sa santé sexuelle et ses sentiments au cours de la grossesse. Dans ce sens, l'étude centrée sur les futurs pères de Reichenbach et al. (2001) affirme que le désir et le plaisir de l'homme au cours de la grossesse n'ont cessé de diminuer. Ils mentionnent notamment comme cause la complexité pour l'homme à vouloir des rapports sexuels sans pour autant blesser le fœtus. De Pierrepont et al. (2022) complètent cette idée en précisant que le stress et l'anxiété perçus par le partenaire peuvent être source de difficultés au niveau de sa fonction sexuelle durant cette période. D'autres études se demandent même si le besoin accru de la femme enceinte à se sentir aimée, remplie d'affection et de soutien impacte la baisse du désir sexuel de l'homme (Isabella et al., 1989; Levy-Shiff, 1994).

Au contraire, Pereira et al. (2022) expriment que l'initiative d'entreprendre un rapport sexuel par le partenaire a dominé que ce soit avant ou durant la grossesse. Cette affirmation peut laisser penser que le partenaire cherche à entretenir des moments intimes avec sa femme enceinte. Radoš et al. (2014) suggèrent que la diminution de la fréquence sexuelle n'implique pas toujours une diminution de la satisfaction sexuelle chez les hommes au sein d'un couple attendant un enfant. Ainsi, il serait plus satisfaisant de partager des moments de proximité en couple que d'avoir des rapports sexuels fréquents. Par ailleurs, Reichenbach et al. (2001) nuancent dans leur étude que, malgré un désir masculin réduit, le couple resterait soudé et complice, ce qui laisse entendre que la satisfaction ne passe pas uniquement par le nombre de rapports sexuels.

Un autre sujet intéressant à questionner est de savoir si une communication efficace et centrée sur les besoins du couple pourrait remédier aux difficultés relationnelles. À cette thématique, Jawed-Wessel et al. (2019) répondent que la communication sur les préférences sexuelles permettrait au couple d'être plus soudé dans son intimité et de mieux supporter les changements pouvant influencer sa satisfaction sexuelle, comme les modifications physiologiques de la grossesse. Bender et al. (2018) pensent aussi que la communication associée à une considération des émotions au sein du couple permet d'avoir une relation sexuelle plus épanouissante. Enfin, King et al. (2007) s'intéressent à la satisfaction sexuelle

de la femme enceinte et mentionnent à quel point la satisfaction conjugale, la communication au sein du couple, la présence stable du partenaire et le bien-être émotionnel de la femme durant sa grossesse peuvent impacter positivement ou non cette satisfaction sexuelle.

En outre, Beveridge et al. (2018) apportent un point important en lien avec les craintes et la disposition du couple à avoir des rapports sexuels durant la grossesse. En effet, alors que certaines craintes peuvent engendrer une moins bonne disposition à avoir des rapports sexuels, voire une abstinence, les auteurs émettent l'hypothèse qu'il n'y a pas de lien direct avec la satisfaction sexuelle ou relationnelle. Aussi, dans le but de favoriser la satisfaction sexuelle, il faut peut-être réfléchir à d'autres angles de promotion à la santé que la baisse des craintes associées à des rapports sexuels durant la grossesse (Beveridge et al., 2018).

6.2 Ethique

Il est essentiel de se questionner d'un point de vue éthique sur la pertinence de notre travail de recherche et des concepts sous-tendus. Tant au niveau historique qu'au niveau individuel, la sexualité fait écho de façons diverses et variées en chacun de nous. Le but de notre travail est de répondre à la question de l'impact des modifications physiologiques de la grossesse sur la satisfaction sexuelle au sein du couple, et de pouvoir en tirer des pistes pratiques pour notre future profession dans le respect des principes éthiques. Nous souhaitons que les couples puissent prendre des décisions de façon autonome concernant leur sexualité, en étant entièrement et correctement informés des risques ou non de certaines pratiques. Cela implique aussi les principes de bienfaisance et non-malfaisance, à savoir de favoriser le bien-être physique et mental du couple et éviter de leur causer du tort en ne l'informant pas en toute transparence.

Cette confiance mutuelle entre le couple et la sage-femme permet de promouvoir la santé de la femme, du fœtus et de la famille à travers un soutien psychologique et émotionnel. En incluant le partenaire, nous souhaitons permettre au couple de s'exprimer librement sur leurs émotions, valeurs, désirs et besoins dans la relation, craintes incluses. Nous pensons que la communication joue un grand rôle pour une sexualité positive et respectueuse, car elle offre l'opportunité d'une relation honnête, remplie de soutien (Garnier, 2023). En se considérant et s'écoulant mutuellement, le couple peut se tirer vers le haut et trouver en l'autre une ressource à exploiter lors de temps plus compliqués (De Longeaux, 2021).

Ainsi, dans un contexte bioéthique, il nous a également paru intéressant d'ouvrir notre réflexion sur les aspects moraux, religieux et culturels englobant la sexualité dans notre société (Rayssiguier & Huteau, 2018). En effet, en accueillant l'autre avec ses valeurs, ses croyances et ses pratiques culturelles, nous permettons une relation authentique entre le couple et la sage-femme. Dans ce climat d'acceptation et d'accompagnement de l'autre sur son propre chemin, nous tenons à faire preuve de transparence et de congruence.

Dans notre travail, nous nous sommes référées aux principes fondamentaux d'éthique clinique. nous avons veillé à sélectionner des articles dans lesquels l'autonomie est respectée, notamment au travers de la capacité des participants à prendre des décisions, ainsi que la justice à l'égard des participants (Beauchamp & Childress, 2001).

Dans les articles sélectionnés, tous ont obtenu l'approbation éthique pour leur étude auprès de divers comités d'éthique (Mutlu & Güleroglu (2023) ; Pereira et al. (2022) ; Daescu et al. (2023)) et d'exams institutionnels locaux (Battaglia et al. (2018) ; Jawed-Wessel et al. (2019)). De plus, les études de Battaglia et al. (2018) et de Daescu et al. (2023) sont décrites comme étant conformes aux directives de la déclaration d'Helsinki. Tous hormis Jawed-Wessel et al. (2019) disent avoir recueilli des consentements éclairés écrits par les participantes des études, recrutées selon leur éligibilité, disponibilité et volonté. Seule l'étude de Pereira et al. (2022) fait mention d'un soutien financier accordé par la Fondation Cearense pour le développement scientifique et technologique (FUNCAP) à trois des auteurs de l'étude. Les articles de Mutlu & Güleroglu (2023) et de Daescu et al. (2023) déclarent aussi n'avoir aucun conflit d'intérêts. Enfin, Battaglia et al. (2018) ajoutent que les participantes n'ont bénéficié d'aucune rémunération ou remboursement, alors que Jawed-Wessel et al. (2019) ont offert des cartes-cadeaux et de l'argent à leurs participantes.

6.3 Forces et limites de ce travail

Dans l'ensemble du travail, nous avons fait attention à notre positionnement éthique en respectant la philosophie sage-femme et les valeurs sous-jacentes, telles que le partenariat, la dynamique holistique des soins, la promotion de la santé des femmes, ou encore l'« advocacy » et l'« empowerment » (International Confederation of Midwives, 2024). En effectuant une revue de littérature avec cinq articles, nous sommes conscientes de la limite de celle-ci et que nous ne pouvons pas tirer de conclusions absolues, ni d'émettre d'hypothèses abusives. De plus, nous reconnaissons que les résultats obtenus peuvent être contradictoires et qu'il convient de tous les prendre en compte, quand bien même ils ne vont pas dans le sens des hypothèses de départ.

Forces	Limites
Choix d'articles récents publiés dans des revues scientifiques.	Limite dans le nombre d'articles pour émettre des hypothèses et conclusions.
Utilisation de diverses bases de données.	Limite dans la période de parution des articles.
Complémentarité des études avec trois études transversales, une quantitative et une pilote longitudinale.	Études avec résultats peu précis, laissant une part d'ambivalence et de doutes, comme souvent dans la recherche.
Pertinence du sujet pour la population ciblée et pour la pratique sage-femme, car tend à identifier les besoins des couples et promouvoir la santé sexuelle durant une période charnière de vie.	Une seule étude investiguant la satisfaction sexuelle de l'homme, créant un biais dans nos résultats, puisque notre question de recherche était fondée initialement sur le couple.
Sujet d'actualité, car la parole autour de la sexualité tend à se libérer, mais cela reste tout de même une thématique peu abordée dans la société et dans notre profession.	Satisfaction sexuelle compliquée à investiguer et à analyser car multi complexité des facteurs pouvant l'influencer. Cela rend nos hypothèses moins fortes et plus susceptibles de ne pas répondre entièrement à notre question.
Études avec questionnements différents, permet d'établir des liens, d'élargir les points de vue et d'offrir une approche multidimensionnelle à nos résultats.	Utilisation d'échelles autodidactes dans certaines études, perdant en qualité scientifique et en méthodologie rigoureuse.
Études menées dans divers pays, incluant donc une population variée : Turquie, Italie, Roumanie, Amérique du Nord, Brésil.	Limite de la population ciblée, à savoir sans pathologie mentale et gravidique, participants hétérosexuels et en couple au moment de l'étude, n'étant représentatif que d'une partie spécifique de la population.

7. RETOUR DANS LA PRATIQUE

À travers nos différentes expériences de stage, et après avoir questionné nos collègues sur les pratiques des différentes maternités de Suisse Romande, nous avons fait le constat que, lors des consultations de suivi de grossesse, le thème de la sexualité était abordé de manière très limitée, et selon la sensibilité de chaque soignant. En effet, dans les hôpitaux universitaires de Suisse Romande par exemple, dans le dossier informatique, aucune question en lien avec la sexualité n'est systématiquement posée au moment du recueil de données de l'anamnèse. Il n'y a pas de temps prévu non plus pour aborder le bien-être de la femme et du couple dans leur sexualité lors des différentes consultations de suivi de grossesse (Le Tinier & Pecheux, 2023).

Cette observation accentue l'idée que la sexualité pendant la grossesse est un sujet tabou très peu discuté. Pourtant, la littérature met en avant le besoin des patientes à recevoir de plus amples informations sur le sujet, comme le présente la revue systématique de Thomas et al. (2019). Celle-ci présente aussi la nécessité d'aborder la sexualité lors des consultations prénatales au même titre que les conseils d'hygiène de vie ou de prévention et promotion de la santé.

Dans ce sens, nous avons réfléchi à la manière dont la sexualité pourrait être abordée lors du suivi prénatal. La sexualité pendant la grossesse aurait tout à fait sa place au sein des consultations de suivi de grossesse. Nous proposerions d'intégrer au sein de l'anamnèse et du recueil de données une question ouverte sur le vécu de la sexualité pendant la grossesse :

« Pour faire le tour de votre bien-être global, nous aimerions vous demander comment a évolué votre relation de couple depuis le début de la grossesse ? et d'un point de vue sexuel ? »

Aussi, afin d'ouvrir sur le sujet, nous suggérerions à la patiente de décrire sa sexualité actuelle en trois mots/adjectifs. Ces questions ouvertes permettraient au professionnel de santé d'investiguer la relation avec le partenaire, et de comprendre les représentations du couple. Ces apports anamnestiques seraient répétés une fois par trimestre, afin de suivre les différentes modifications physiologiques et leur potentiel impact sur la sexualité du couple. Afin d'aborder ces questions intimes et personnelles de la meilleure façon, il serait préférable de présenter la grossesse comme un facteur pouvant bousculer les pratiques sexuelles habituelles, positivement comme négativement. Il est donc bienvenu d'en discuter avec un professionnel de santé afin que la sexualité soit la mieux vécue possible pendant toute la grossesse.

Si l'équipe soignante manque de temps pour aborder le sujet de la santé sexuelle lors des consultations de suivi de grossesse, les cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PANP) en individuel peuvent être un lieu d'échange et de partage intéressant. Si le cours est en groupe et que nous ne pouvons pas investiguer la sexualité de manière personnalisée, il reste important de tout de même en parler et offrir des pistes de réflexions à chaque couple pour en discuter par après.

Cependant, en imaginant que la sexualité pendant la grossesse soit systématiquement abordée lors des consultations prénatales ou/et des cours de PANP, nous nous sommes questionnées sur le potentiel embarras et l'inconfort de la femme, du couple à en parler avec un professionnel de santé, lui-même peut-être aussi mal à l'aise avec cette thématique. En

effet, parler de sexualité est un sujet qui touche au plus profond de l'intimité de chacun. Des émotions puissantes sont mises en jeu. Il y a en outre cette idée encore très présente que la sexualité est quelque chose de mal, de sale, voire d'interdit. Cet embarras lorsque nous abordons la sexualité est tellement présent dans notre société que ce n'est pas parce que nous sommes sage-femme que nous serons forcément à l'aise d'en parler. Cette observation peut amener le professionnel de santé à effectuer un travail sur lui-même, de s'acquitter de ses propres tabous et d'investiguer ses propres besoins afin d'accompagner au mieux la femme enceinte et son partenaire dans leur vécu de la sexualité pendant la grossesse.

Il est également nécessaire que la sage-femme soit suffisamment formée sur le sujet de la sexualité afin de pouvoir accompagner au mieux la patiente et le couple, de dépister les potentiels écarts à la norme et de réorienter la patiente/le couple vers un professionnel du domaine de la sexologie si besoin. Ainsi, à défaut de former plus de sage-femmes spécialisées en santé sexuelle, il est d'autant plus pertinent d'orienter la femme enceinte et son partenaire au planning familial, là où toutes les sage-femmes ont une formation certifiée.

Le temps étant restreint et précieux lors des consultations prénatales, nous préconiserions que chaque patiente soit adressée au planning familial au moins une fois pendant la grossesse, afin de pouvoir avoir accès à des consultations en santé sexuelle complètes et spécialisées. Au vu de la réalité du terrain, nous sommes conscientes que cette proposition est difficilement atteignable. Toutefois nous estimons qu'il est primordial de parler au minimum une fois de sexualité en consultation prénatale. Distribuer un flyer récapitulatif pourrait être également une alternative au manque de temps pour aborder le sujet lors des consultations ainsi que pour celles ne pouvant pas se déplacer au planning familial.

Cette volonté d'avoir une équipe soignante la mieux formée possible aux questions de santé sexuelle demande d'être conscient que nous avons tous des perceptions de la sexualité qui nous sont propres et personnelles. L'image d'une sexualité parfaite à nos yeux ne sera pas forcément la même pour la patiente que nous avons devant nous en consultation. C'est pourquoi il est très important de questionner dans les limites du possible la femme et son partenaire sur leurs représentations de la sexualité, afin de pouvoir proposer au couple une prise en charge adaptée à leur duo et à leurs pratiques.

Aussi, dans le cadre de promotion de la santé en termes de sexualité, il nous semble intéressant d'aborder les fausses croyances que peuvent avoir les femmes enceintes et leurs partenaires. En effet, comme mentionné plus haut, quelques études se contredisent quant à informer les couples des risques et non-risques à pratiquer des rapports sexuels comprenant une pénétration vaginale. Nous pensons qu'il est tout de même pertinent d'investiguer les craintes et besoins du couple en termes de sexualité. Cela permettrait d'informer chacun de manière ciblée selon les fausses croyances qu'il pourrait avoir. Afin d'aborder cette thématique, les outils de communication de base (reflet, reformulation, résumé, ...) nous paraissent adaptés, et nous pensons que ce sujet pourrait être traité grâce à un entretien psycho-éducatif (EPE).

Que le couple soit dans un contexte de sexualité épanouie ou non, nous avons noté l'importance d'évoquer leur bonne communication dans l'attente de leur enfant. Puisque les relations humaines sont fluctuantes, il se peut que le couple s'entende actuellement très bien à tous les niveaux de leurs vies respectives, mais il se peut aussi qu'il soit difficile d'être en

adéquation. Il en va de même pour la sexualité. C'est pourquoi nous leur proposerions de s'accorder du temps de discussion et de partage autour de leurs besoins et envies, le tout dans le respect mutuel, afin de favoriser une meilleure satisfaction sexuelle durant la grossesse.

Dans les différentes thématiques abordées dans la discussion de notre travail de recherche, nous retrouvons aussi celle du rapport au corps. Comme l'affirment certaines études, la perception de la femme envers son corps changeant peut altérer ou non sa satisfaction sexuelle. Il semblerait aussi que le dialogue soit ambivalent lorsqu'il s'agit de la perception du corps de la femme enceinte par son partenaire. Ainsi, au vu de ce dualisme, nous pensons qu'aborder le sujet des changements physiques corporels et de leur impact psychologique serait nécessaire au moment de l'anamnèse. Cela permettrait aux femmes d'exprimer leurs émotions face à ce corps, leur corps, durant cette période si particulière de la vie durant laquelle les changements sont flagrants et visibles. Cela permettrait aussi au partenaire de se questionner sur le regard qu'il porte sur sa partenaire enceinte, et ainsi définir si cela peut jouer un rôle sur la diminution de la satisfaction sexuelle au sein du couple. En outre, même si le couple n'exprime pas d'insatisfaction sexuelle, parler des changements corporels serait une belle ouverture sur l'« empowerment » de la femme enceinte. Cela permettrait de mettre en avant les compétences et la puissance de ce corps, entraînant ainsi de l'émerveillement face à la magie de la conception et de la vie.

8. CONCLUSION³

³ L'IA ChatGPT a partiellement été utilisée pour l'écriture de ce chapitre

La sexualité durant la grossesse est un sujet encore largement tabou, malgré son importance indéniable dans la périnatalité. Bien que la majorité des grossesses résulte de relations sexuelles, les consultations prénatales abordent peu la question de la sexualité, et peu de patientes osent poser des questions à ce sujet. Les ressources destinées aux femmes enceintes, telles que les livres de préparation à la grossesse, traitent rarement de la santé sexuelle durant cette période.

Pourtant, la grossesse entraîne des changements physiques, psychologiques et sociaux qui peuvent affecter la sexualité des femmes, nécessitant des adaptations et des réajustements. Les modifications physiologiques durant la grossesse, telles que les changements hormonaux, la prise de poids, et les modifications psychologiques, peuvent avoir des impacts significatifs sur la fonction sexuelle féminine. Ces modifications peuvent entraîner des variations dans la lubrification, la douleur et l'inconfort, ainsi que des changements dans le désir et l'orgasme. Ainsi, des études montrent que la grossesse peut réduire le désir sexuel et augmenter les difficultés sexuelles chez certaines femmes, notamment à cause des différentes modifications physiologiques de la grossesse mais aussi à cause des fausses croyances véhiculées en lien avec ce sujet.

Malgré la réticence à aborder ce sujet, notre société moderne commence à ouvrir la discussion sur la sexualité grâce aux médias et aux réseaux sociaux. Les témoignages de femmes sur leurs expériences personnelles en matière de sexualité pendant la grossesse deviennent plus fréquents et diversifiés, aidant à démystifier et normaliser les différentes pratiques. Cela apporte aussi un soutien précieux à toute une communauté.

La société contemporaine est souvent décrite comme « hypersexualisée », ce qui peut véhiculer des normes de beauté irréalistes et des stéréotypes nuisibles au bien-être sexuel des femmes enceintes. Les images de corps parfaits et la pression pour maintenir une apparence « désirable » peuvent affecter l'estime de soi des femmes enceintes et leur perception de leur propre sexualité. Aussi, la recherche sur le clitoris et les avancées en sexologie démontrent un intérêt croissant pour le plaisir féminin, remettant en question les anciennes normes et ouvrant la voie à une compréhension plus inclusive de la sexualité.

L'intimité sexuelle, essentielle à la satisfaction sexuelle, comprend des dimensions physiques, intellectuelles et affectives. L'histoire de la sexualité montre une évolution vers la reconnaissance de l'importance du plaisir et de l'amour conjugal. Il nous paraît pertinent de partager ici la vision d'Anne et Jean-François Descombes, auteurs du livre *Le slow sex*, dans lequel une approche lente et consciente de la sexualité est encouragée, en opposition à la culture moderne de la performance et de la rapidité. Le concept du « slow sex » met l'accent sur la connexion émotionnelle entre les partenaires, l'utilisation des sens et de la pleine conscience pour augmenter l'excitation et le plaisir, mettant en second plan la performance et la course à l'orgasme comme point culminant de tout rapport sexuel (Descombes & Descombes, 2019). Ce concept de sexualité en pleine conscience nous semble être l'allié idéal pour une sexualité épanouie pendant la grossesse.

Les professionnels de santé, et en particulier les sage-femmes, jouent un rôle crucial en soutenant la santé sexuelle des couples attendant un enfant. Elles peuvent aider à naviguer

entre les changements physiologiques de la grossesse et favoriser une sexualité épanouie durant cette période, en intégrant le vécu de la sexualité pendant la grossesse à l'anamnèse de la patiente.

Pour conclure, les femmes enceintes et leurs partenaires doivent être encouragés à discuter de leurs préoccupations et de leurs désirs, et à rechercher des conseils professionnels lorsque nécessaire. En comprenant les changements physiologiques et émotionnels qui accompagnent la grossesse, les couples peuvent mieux appréhender cette période et maintenir une relation intime saine et satisfaisante. La reconnaissance de la sexualité comme une composante normale et saine de la grossesse peut contribuer à améliorer le bien-être général des femmes enceintes et à promouvoir des relations plus fortes et plus équilibrées.

Références bibliographiques

Ağapınar Şahin, S., & Bekar, M. (2023). The influence of laughter yoga on pregnancy symptoms, mental well-being, and prenatal attachment : A randomized controlled study. *Health Care for Women International*, 44(6), 782-801. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2164284>

Araújo, N. M., Salim, N. R., Gualda, D. M. R., & Pereira da Silva, L. C. F. (2012). [Body and sexuality during pregnancy]. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 46(3), 552-558. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000300004>

ARTE. (2021). *Libres! - Culture et pop*. ARTE. <https://www.arte.tv/fr/videos/RC-020447/libres/>

Aslan, G., Aslan, D., Kızılyar, A., İspahi, Ç., & Esen, A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research*, 17(2), Article 2. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3901288>

Babazadeh, R., Mirzaii, K., & Masomi, Z. (2013). Changes in sexual desire and activity during pregnancy among women in Shahroud, Iran. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), 82-84. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.021>

Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction : Revised and expanded definitions. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 172(10), 1327-1333. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1020174>

Battaglia, C., Persico, N., Zanetti, I., Guasina, F., Mattioli, M., Casadio, P., & Morotti, E. (2018). Morphometric and Vascular Modifications of the Clitoris During Pregnancy: A Longitudinal, Pilot Study. *Archives of Sexual Behavior*, 47(5), 1497-1505. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-1046-x>

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed). Oxford University Press.

Bender, S. S., Sveinsdóttir, E., & Fridfinnsdóttir, H. (2018). "You stop thinking about yourself as a woman". An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth. *Midwifery*, 62, 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.03.009>

Beveridge, J. K., Vannier, S. A., & Rosen, N. O. (2018). Fear-based reasons for not engaging in sexual activity during pregnancy : Associations with sexual and relationship well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(2), 138-145. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1312334>

Bianchi-Demicheli, F., Ortigue, S., & Abraham, G. (2012). *Sexologie : Naissance d'une science de la vie*. Presses polytechniques et universitaires romandes.

Bisson, V. (2019). *L'image corporelle durant la grossesse : Les expériences et perceptions des femmes de l'influence de Facebook*. Université du Québec.

Borelli, P. (2009). *Le sexocorporel au service du désir sexuel féminin pendant la grossesse* [Université de Genève]. <https://www.unige.ch/formcont/files/7114/4829/9558/MemPB2011.pdf>

Buffet, C., Delmas, V., & Frottier, J. (2023). *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine*. <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=grossesse%20pathologique>

Cash, T. F., Phillips, K. A., Santos, M. T., & Hrabosky, J. I. (2004). Measuring “negative body image”: Validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image*, 1(4), 363-372. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.10.001>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012a). DÉSIRER : Etymologie de DÉSIRER. In *CNRTL*. <https://www.cnrtl.fr/etymologie/d%C3%A9sirer>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012b). INTIME : Etymologie de INTIME. In *CNRTL*. <https://www.cnrtl.fr/etymologie/intime>

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012c). PLAISIR : Définition de PLAISIR. In *CNRTL*. <https://www.cnrtl.fr/definition/plaisir>

Charbonnier. (1979). *Sexualité de l'homme pendant la grossesse : Enquête et cas cliniques*. Université de Genève.

Chevalley, M. (2021). *État des lieux des connaissances de l'anatomie et de la physiopathologie du clitoris chez les médecins en France : Étude quantitative transversale auprès de 1168 médecins/thèse présentée pour le diplôme de docteur en médecine, diplôme d'État*, [MEDECINE]. <https://ecrin.app.unistra.fr/search/notice/view/uds-ori-206865>

Contreras, S. (2014). *À l'écoute des maux de la grossesse*. Université de Lorraine.

Corbacioglu, A., Bakir, V. L., Akbayir, O., Cilesiz Goksedef, B. P., & Akca, A. (2012). The Role of Pregnancy Awareness on Female Sexual Function in Early Gestation. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(7), 1897-1903. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02740.x>

Daescu, A.-M. C., Navolan, D.-B., Dehelean, L., Frandes, M., Gaitoane, A.-I., Daescu, A., Daniluc, R.-I., & Stoian, D. (2023). The Paradox of Sexual Dysfunction Observed during Pregnancy. *Healthcare*, 11(13), 1914. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131914>

Daoulatian, L. (2020). *Modifications physiologiques de la grossesse et rôle du pharmacien d'officine dans le suivi, les suppléments et la prise en charge de troubles bénins chez la femme enceinte* [Thèse]. Université de Lyon.

De Longeaux, J. (2021). Morale sexuelle et éthique des vertus: *Revue d'éthique et de théologie morale*, N° 309(1), 75-89. <https://doi.org/10.3917/retn.312.0075>

De Pierrepont, C., Brassard, A., Bécotte, K., Lessard, I., Polomeno, V., & Péloquin, K. (2022). Sexual activity based fears during pregnancy, sexual function and dyadic adjustment in couples who are expecting their first child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(2), 107-113. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2022.2052844>

Deruelle, P., Sentilhes, L., Ghesquière, L., Desbrière, R., Ducarme, G., Attali, L., Jarnoux, A., Artzner, F., Tranchant, A., Schmitz, T., & Sénat, M.-V. (2022). Consensus formalisé d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français : Prise en charge des nausées et vomissements gravidiques et de l'hyperémèse gravidique. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 50(11), 700-711. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2022.09.002>

Descombes, A., Descombes, J.-F., & Richardson, D. (2019). *Le slow sex : S'aimer en pleine conscience*. Marabout.

Desjardins, J.-Y., Chatton, D., Desjardins, L., & Tremblay, M. (2011). Chapitre 2. Le sexocorporel. La compétence érotique à la portée de tous: In *La sexothérapie* (p. 63-102). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.elfek.2011.01.0063>

Doucet-Jeffray, N., Miton-Conrath, S., Mauff, P. L., & Senand, R. (2004). *Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse ?*

Faubion, S. S., Rullo, J. E., & Clinic, M. (2015). *Sexual Dysfunction in Women : A Practical Approach*. 92(4).

Forel, A. (avec Francis A. Countway Library of Medicine). (1906). *La question sexuelle : Exposée aux adultes cultivés*. Paris : G. Steinheil. <http://archive.org/details/laquestionsexuel00fore>

Foxcroft, K. F., Callaway, L. K., Byrne, N. M., & Webster, J. (2013). Development and validation of a pregnancy symptoms inventory. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-3>

Gagnon, M., & Thériault, J. (2006). Intimité sexuelle et relation de couple : Étude exploratoire: *Bulletin de psychologie*, Numéro 481(1), 93-101. <https://doi.org/10.3917/bupsy.481.0093>

Garnier, M. (2023). Santé sexuelle : Point de vue éthique. *L'Aide-Soignante*, 37(249), 19-20. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2023.06.007>

Gouvernement du Québec. (2023, juin). *Les effets de l'hypersexualisation* [Quebec.ca]. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/enfance/developpement-des-enfants/consequences-stereotypes-developpement/effets-hypersexualisation>

International Confederation of Midwives. (2024). *Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme*. International Confederation of Midwives. <https://internationalmidwives.org/fr/resources/philosophie-et-modele-de-soins-de-pratique-sage-femme/>

Iribarnegaray, L. (2021, août 31). Sur Instagram, la nouvelle génération de l'éducation sexuelle. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/campus/article/2021/08/31/sur-instagram-la-nouvelle-generation-de-l-education-sexuelle_6092814_4401467.html

Isabella, R. A., Belsky, J., & Von Eye, A. (1989). Origins of infant-mother attachment : An examination of interactional synchrony during the infant's first year. *Developmental Psychology*, 25(1), 12-21. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.1.12>

Isserlis, C., Sutter-Dallay, A.-L., Dugnat, M., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2008). *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce : Et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères*. Éd. Érès.

Jawed-Wessel, S., Santo, J., & Irwin, J. (2019). Sexual Activity and Attitudes as Predictors of Sexual Satisfaction During Pregnancy : A Multi-Level Model Describing the Sexuality of Couples in the First 12 Weeks. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 843-854. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1317-1>

Kaya, H. D., Yılmaz, T., Günaydın, S., Çalimli, E. N., & Sadeghi, E. (2022). Sexual myths during pregnancy : A comparative study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(4), 587-593. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1931826>

King, M., Holt, V., & Nazareth, I. (2007). Women's Views of their Sexual Difficulties : Agreement and Disagreement with Clinical Diagnoses. *Archives of Sexual Behavior*, 36(2), 281-288. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9090-y>

Langis, P., Germain, B., Normandeau, D., & Ross, M. (2015). *La sexualité humaine* (2e éd. revue et augmentée). De Boeck.

Le Tinier, B., & Pecheux, O. (2023, avril 27). *Protocole de surveillances de la grossesse à bas risque*.

Levy-Shiff, R. (1994). Individual and contextual correlates of marital change across the transition to parenthood. *Developmental Psychology*, 30(4), 591-601. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.4.591>

Lopès, P., & Poudat, F.-X. (2014). *Manuel de sexologie* (2e édition). Elsevier Masson. <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/gyneco-sage-femme/sexualite-et-grossesse>

Marpeau, L. (2010). *Traité d'obstétrique*. Elsevier Masson.

Mateus, C. (2017, août 31). Pour la première fois, le clitoris apparaît dans un manuel scolaire. *leparisien.fr*. <https://www.leparisien.fr/laparisienne/actualites/pour-la-premiere-fois-le-clitoris-apparaît-dans-un-manuel-scolaire-31-08-2017-7224747.php>

Mazaurette, M. (2019, février 10). De la normalité sexuelle en général, et du missionnaire en particulier. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/m-le-mag/article/2019/02/10/de-la-normalite-sexuelle-en-general-et-du-missionnaire-en-particulier_5421612_4500055.html

Mazloomdoost, D., & Pauls, R. N. (2015). A Comprehensive Review of the Clitoris and Its Role in Female Sexual Function. *Sexual Medicine Reviews*, 3(4), 245-263. <https://doi.org/10.1002/smrj.61>

McAnulty, R. D., & Burnette, M. M. (2004). *Exploring human sexuality : Making healthy decisions* (2nd ed). Pearson A and B.

Merger, R., Lévy, J., & Melchior. (2001). *Précis d'obstétrique* (6ème). Masson.

Mutlu, E. N. Ç., & Güleroğlu, F. T. (2023). Effect of pregnancy symptoms on the sexual quality of life. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 69(8), e20230111. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230111>

Neiterman, E. (2013). Sharing Bodies : The Impact of the Biomedical Model of Pregnancy on Women's Embodied Experiences of the Transition to Motherhood. *Healthcare Policy*, 9(SP), 112-125.

Nissim, R. (2004). *La sexualité des femmes racontée aux jeunes et aux moins jeunes*. Mamamélis.

Nowosielski, K., Wróbel, B., & Kowalczyk, R. (2016). Women's Endorsement of Models of Sexual Response : Correlates and Predictors. *Archives of Sexual Behavior*, 45(2), 291-302. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0611-4>

Office fédéral de la statistique (OFS). (2023). *La procréation médicalement assistée*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/reproductive/procreation-medicalement-assistee.html>

Organisation Mondiale de la Santé. (2006). *Santé sexuelle—Définitions*. <https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health>

Ortigue, S., & Bianchi-Demicheli, F. (2007). Interactions entre excitation et désir sexuel : Des relations interpersonnelles aux réseaux neuronaux. *Rev Med Suisse*, 104, 809-813.

Page, L. A. (avec Sensible translation for a sensitive world). (2004). *Le nouvel art de la sage-femme : Science et écoute mises en pratique*. Elsevier.

Pascoal, P. M., Rosa, P. J., & Coelho, S. (2019). Does Pregnancy Play a Role? Association of Body Dissatisfaction, Body Appearance Cognitive Distraction, and Sexual Distress. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(4), 551-558. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.01.317>

Pause, C. (2003). *LES CROYANCES DYSFUNCTIONNELLES EN SEXOLOGIE CLINIQUE* [Université de Genève]. <https://www.unige.ch/formcont/files/5214/4830/0418/MemCP.pdf>

Pereira, E. V., Belém, J. M., Alves, M. J. H., Torquato, J. A. S., Firmino, P. R. A., Fialho, A. V. D. M., & Quirino, G. D. S. (2022). Factors associated with sexual practices and positions performed by pregnant women : A cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3), e20210162. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0162>

Police, M. (2020, janvier 11). «La révolution du plaisir féminin, c'est aujourd'hui qu'elle se déploie»—*Le Temps*. <https://www.letemps.ch/societe/egalite/revolution-plaisir-feminin-cest-aujourd'hui-se-deploie>

Proulx, C. (2012). *Petit traité de la vie sexuelle contemporaine : Revanche d' Aphrodite et hypersexualisation*. Éditions du CRAM.

Radoš, S. N., Vraneš, H. S., & Šunjić, M. (2014). Limited Role of Body Satisfaction and Body Image Self-Consciousness in Sexual Frequency and Satisfaction in Pregnant Women. *The Journal of Sex Research*, 51(5), 532-541. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.744954>

Rayssiguier, Y. R., & Huteau, G. (2018). Chapitre 5. L'éthique en santé et la bioéthique: In *Politiques sociales et de santé* (p. 459-466). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.rayss.2021.01.0461>

Reichenbach, S., Alla, F., & Lorson, J. (2001). Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse. Une étude pilote portant sur 72 hommes. *Sexologies*, 11, 1-8.

Roxo, L., Virgolino, A., Costa, J., & Alarcao, V. (2019). Understanding the relationship between BMI and sexual dysfunction: Can DSM-5 shed light into this topic? *Revista Internacional de Andrología*, 17(4), 130-137. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2018.07.003>

RTS. (2010, 2023). *RTS Découverte—La sexualité* [Folder]. [rts.ch. https://www.rts.ch/decouverte/sante-et-medecine/corps-humain/sexualite/](https://www.rts.ch/decouverte/sante-et-medecine/corps-humain/sexualite/)

Santé Sexuelle Suisse. (2016). *Santé Sexuelle Suisse*. Santé Sexuelle Suisse. <https://www.sante-sexuelle.ch/themes>

Savall, A. C. R., Mendes, A. K., & Cardoso, F. L. (2008). PERFIL DO COMPORTAMENTO SEXUAL NA GESTAÇÃO. *Fisioterapia em Movimento (Physical Therapy in Movement)*, 21(2), Article 2. <https://periodicos.pucpr.br/fisio/article/view/19091>

Senobari, M., Azmoude, E., & Mousavi, M. (2019). The relationship between body mass index, body image, and sexual function : A survey on Iranian pregnant women. *International Journal of Reproductive BioMedicine*. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i7.4862>

Symonds, T., Boolell, M., & Quirk, F. (2005). Development of a Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(5), 385-397. <https://doi.org/10.1080/00926230591006502>

Tardieu, N. (2004). *Grossesse et sexualité à travers l'histoire*. Connaissances et savoirs.

Thibert, C. (2016, août 12). Un clitoris 3D pour faire tomber les tabous. *lefigaro.fr*. <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/08/12/25290-clitoris-3d-pour-faire-tomber-tabous>

Thomas, E., Baumann, C., & Galliot, L. (2019). Sexualité durant la grossesse : Revue systématique. *La Revue Sage-Femme*, 18(6), 293-301. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2019.10.001>

Thomas, H. N., Hamm, M., Borrero, S., Hess, R., & Thurston, R. C. (2019). Body Image, Attractiveness, and Sexual Satisfaction Among Midlife Women : A Qualitative Study. *Journal of Women's Health (2002)*, 28(1), 100-106. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7107>

Thompson, J. K., & Schaefer, L. M. (2019). Thomas F. Cash : A multidimensional innovator in the measurement of body image; Some lessons learned and some lessons for the future of the field. *Body Image*, 31, 198-203. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.08.006>

Tosun Güleröğlu, F., & Uludağ, E. (2022). The effects of motherhood and body perception on sexual dysfunctions among pregnant women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 2072-2078. <https://doi.org/10.1111/ppc.13033>

Tudor, K., Stora, N., & Ducroux-Biass, F. (2015). Les conditions thérapeutiques de Rogers : Une conceptualisation relationnelle: *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, n° 20(2), 63-85. <https://doi.org/10.3917/acp.020.0063>

Wieland Ladewig, P., London, M. L., & Davidson, M. (avec Houde, C., Rolland, K., & Pigeon Turenne, J.). (2019). *Soins infirmiers en périnatalité* (5e édition). Pearson ERPI.