



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2020

Thèse N°: 113

SEXUALITE FEMININE ET GROSSESSE ETUDE DESCRIPTIVE D'UNE SERIE DE 220 CAS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2020

PAR

Madame Chaimae BEN OMAR
Née le 11 Avril 1993 à Rabat

Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine

Mots Clés : Grossesse; Sexualité; Libido; Satisfaction sexuelle et grossesse

Membres du Jury :

Madame Amina LAKHDAR

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Monsieur Jaouad KOUACH

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Monsieur Mohamed KADIRI

Professeur de Psychiatrie

Monsieur Moulay Abdellah BABAHABIB

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Monsieur Moulay El Mehdi EL HASSANI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Président

Rapporteur

Juge

Juge

Juge

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

بِسْمِ اللَّهِ
الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 - 1969 : Professeur_Abdelmalek FARAJ
1969 - 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 - 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 - 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 - 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 - 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Toufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA



1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz Médecine Interne - Clinique Royale
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi Anesthésie –Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. LACHKAR Hassan Médecine Interne

Décembre 1988

Pr. DAFIRI Rachida Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed Médecine Interne -Doyen de la FMPR
Pr. OUZZANI Taibi Mohamed Réda Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aicha Gynécologie Obstétrique
Pr. TAZI Saoud Anas Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim Anesthésie Réanimation- Doyen de FMPO
Pr. BAYAHIA Rabéa Néphrologie
Pr. BELKOUCHI Abdelkader Chirurgie Générale
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif Chirurgie Générale
Pr. BENSOUDA Yahia Pharmacie galénique
Pr. BERRAHO Amina Ophtalmologie
Pr. BEZAD Rachid Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Maternité des Orangers
Pr. CHERRAH Yahia Pharmacologie
Pr. CHOKAIRI Omar Histologie Embryologie
Pr. KHATTAB Mohamed Pédiatrie
Pr. SOULAYMANI Rachida Pharmacologie- Dir. du Centre National PV Rabat
Pr. TAOUFIK Jamal Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed Chirurgie Générale Doyen de FMPT
Pr. BENSOUDA Adil Anesthésie Réanimation
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza Gastro-Entérologie
Pr. CHRAIBI Chafiq Gynécologie Obstétrique
Pr. EL OUAHABI Abdessamad Neurochirurgie
Pr. FELLAT Rokaya Cardiologie
Pr. JIDDANE Mohamed Anatomie
Pr. TAGHY Ahmed Chirurgie Générale
Pr. ZOUHDI Mimoun Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine Radiothérapie



Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. ŞENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali Réanimation

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOVAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Noureddine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal

Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques *Doyen de la FMMPA*
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale - *Directeur du CHIS*
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Traumatologie - Orthopédie
Gynécologie - Obstétrique
Dermatologie

Urologie *Inspecteur du SSM*

Pédiatrie
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Médicale

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie *Directeur HMI Mohammed V*

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie *Directeur Hôp. Arrazi Salé*



Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek

Gynécologie Obstétrique

Neurologie *Doyen de la FMP Abulcassis*

Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Pneumo-phtisiologie

Pédiatrie

Pédiatrie

Pneumo-phtisiologie *Directeur Hôp. My Youssef*

Chirurgie Générale

Chirurgie Générale

Pneumophtisiologie

Neurochirurgie

Anesthésie-Réanimation

Médecine Interne

Neurologie

Gastro-Entérologie

Chirurgie Générale

Cardiologie

Anesthésie Réanimation

Pédiatrie - *Directeur Hôp. Cheikh Zaid*

Urologie

Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Pédiatrie

Anesthésie-Réanimation

Neurologie

Néphrologie

Pneumo-phtisiologie

Gastro-Entérologie

Cardiologie

Pédiatrie

Rhumatologie

Anatomie

Radiologie

Radiologie

Chirurgie Générale

Anesthésie-Réanimation

Neuro-Chirurgie

Chirurgie Pédiatrique

Chirurgie Générale

Pédiatrie - *Directeur Hôp. d'Enfants Rabat*

Neuro-Chirurgie

Chirurgie Générale *Directeur Hôpital Ibn Sina*



Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. EL HAQURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUIJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*
Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said

Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique V-D chargé Aff Acad. Est.
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie
Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire



Pr. OUBAAZ Abdelbarre *
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie *Directeur Hôp. Al Ayachi Salé*
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique
Cardiologie (*mise en disponibilité*)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire. *Directeur Hôpital Ibn Sina Mé*
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie



Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
Pr. AMHAJJI Larbi *
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed *
Pr. BALOUCH Lhousaine *
Pr. BENZIANE Hamid *
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHERKAOUI Naoual *
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
Pr. EL BEKKALI Youssef *
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid *
Pr. ICHOU Mohamed *
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LOUZI Lhoussain *
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed *
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRANI Saad *
Pr. OUZZIF Ez zohra
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine *
Pr. SIFAT Hassan *
Pr. TABERKANET Mustafa *
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour *
Pr. TLLIGUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Virologie
Biochimie chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie-orthopédie
Parasitologie
Cardiologie

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
Pr. AGADR Aomar *
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
Pr. AIT BENHADDOU El Hachmia
Pr. AKHADDAR Ali *
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie



Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. DOGHMI Kamal *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. EL OUENNASS Mostapha*
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADÉ Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Neuro-chirurgie *Directeur Hôp. des Spécialités*
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-Phtisiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. CHADLI Mariama*
 Pr. CHEMSI Mohamed*
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation
 Médecine Interne
 Physiologie
 Microbiologie
 Médecine Aéronautique
 Biochimie-Chimie
 Radiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Plastique et Réparatrice
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Hématologie
 Anatomie Pathologique

Directeur ERSSM



Décembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil *
Pr. BENCHEBBA Driss *
Pr. DRISSI Mohamed *
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek *
Pr. EL OUAZZANI Hanane *
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. RAISSOUNI Maha*

* Enseignants Militaires

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Cardiologie

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSghir Mustapha *
Pr. BENYAHIA Mohammed *
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali *
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha *
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI NIZARE
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad
Pr. EL JAUDI Rachid *
Pr. EL KABABRI Maria
Pr. EL KHANNOUSSI Basma
Pr. EL KHLOUFI Samir
Pr. EL KORAICHI Alae
Pr. EN-NOUALI Hassane *
Pr. ERRGUIG Laila
Pr. FIKRI Meryem
Pr. GHFIR Imade
Pr. IMANE Zineb
Pr. IRAQI Hind
Pr. KABBAJ Hakima

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique
Toxicologie
Pédiatrie
Anatomie Pathologique
Anatomie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Physiologie
Radiologie
Médecine Nucléaire
Pédiatrie
Endocrinologie et maladies métaboliques
Microbiologie



Pr. KADIRI Mohamed *
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim *
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua *
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan *
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali *

* Enseignants Militaires

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM*

Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique *Vice-Doyen à la Pharmacie*
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
 Pr. BENCHAKROUN Mohammed
 Pr. BOUCHIKH Mohammed
 Pr. EL KABBAJ Driss *
 Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
 Pr. HARDIZI Houyam
 Pr. HASSANI Amale *
 Pr. HERRAK Laila
 Pr. JANANE Abdellah
 Pr. JEAIDI Anass *
 Pr. KOUACH Jaouad*
 Pr. LEMNOUER Abdelhay*
 Pr. MAKRAM Sanaa *
 Pr. OULAHYANE Rachid*
 Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
 Pr. SEKKACH Youssef*
 Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Chirurgie Thoracique
 Traumatologie-Orthopédie
 Chirurgie Thoracique
 Néphrologie
 Biochimie-Chimie
 Histologie- Embryologie-Cytogénétique
 Pédiatrie
 Pneumologie
 Urologie
 Hématologie Biologique
 Gynécologie-Obstétrique
 Microbiologie
 Pharmacologie
 Chirurgie Pédiatrique
 CCV
 Médecine Interne
 Gynécologie-Obstétrique



DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*	Pédiatrie
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila	Médecine Légale
Pr. BEKKALI Hicham *	Anesthésie-Réanimation
Pr. BENZAOU Salma	Chirurgie Maxillo-Faciale
Pr. BOUABDELLAH Mounya	Biochimie-Chimie
Pr. BOUCHRIK Mourad*	Parasitologie
Pr. DERRAJI Soufiane*	Pharmacie Clinique
Pr. DOBLALI Taoufik	Microbiologie
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali	Anatomie
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL MARJANY Mohammed*	Radiothérapie
Pr. FEJJAL Nawfal	Chirurgie Réparatrice et Plastique
Pr. JAHIDI Mohamed*	O.R.L
Pr. LAKHAL Zouhair*	Cardiologie
Pr. OUDGHIRI NEZHA	Anesthésie-Réanimation
Pr. RAMI Mohamed	Chirurgie Pédiatrique
Pr. SABIR Maria	Psychiatrie
Pr. SBAI IDRISSE Karim*	Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem	Dermatologie
Pr. TAHIRI Latifa	Rhumatologie

PROFESSEURS AGREGES:

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine	Chirurgie Générale
Pr. EL ASRI Fouad*	Ophtalmologie
Pr. ERRAMI Noureddine*	O.R.L
Pr. NITASSI Sophia	O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*	Microbiologie
Pr. ASFALOU Ilyasse*	Cardiologie
Pr. BOUAYTI El Arbi*	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. BOUTAYEB Saber	Oncologie Médicale
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim	Oncologie Médicale
Pr. HAFIDI Jawad	Anatomie
Pr. OURAINI Saloua*	O.R.L
Pr. RAZINE Rachid	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. ZRARA Abdelhamid*	Immunologie

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina	Anatomie
Pr. SOULY Karim	Microbiologie
Pr. TAHRI Rjae	Histologie-Embryologie-Cytogénétique

*Enseignants Militaires



2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS/Prs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naima	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz Applications	Pharmaceutiques
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

Mise à jour le 04/02/2020

Khaled Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines

FMPR


RABAT
Mohammed VI University of Medicine and Pharmacy
Rabat, Morocco

Chef de Service des Ressources Humaines
Abdellah KHALID



Dédicaces

A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde.

A Ma très chère Maman, Dr. El Bouchaibi Farida

C'est pour moi un jour d'une grande importance, car je sais que tu es à la fois fière et heureuse de voir le fruit de ton éducation et de tes efforts inlassables se concrétiser.

Aucun mot, aussi expressif qu'il soit, ne saurait remercier à sa juste valeur, l'être qui a consacré sa vie à parfaire mon éducation avec un dévouement inégal.

C'est grâce à ALLAH puis à toi que je suis devenue ce que je suis aujourd'hui.

Accepte ce travail comme le témoignage de ma reconnaissance, ma gratitude et mon profond amour.

Puisse ALLAH m'aider pour rendre un peu soit-il de ce que tu m'as donné.

Puisse ALLAH t'accorder santé, bonheur et longue vie.

A mon très cher papa , Ben Omar Abdelkader

*Aucun mot ne saurait exprimer la profonde gratitude et l'immense amour
que j'ai pour toi.*

*Ton soutien, ta prière ont été pour moi un stimulant tout au long de mes
études.*

J'espère, cher père, que j'ai gagné ta confiance, ta satisfaction et ta fierté.

Que ALLAH te protège et t'accorde santé, longue vie et bonheur.

A mon très cher mari: Dr.Hanafi Tarik

*Tu es ma raison de vivre, ma source de bonheur et de fierté, toujours
compréhensif, toujours présent.*

Tu es un mari exemplaire.

Tu es tout simplement spécial et unique mon amour.

Je t'admire passionnément

A mon cher frère Reda et sa femme Oumaima

*Les mots ne sauraient exprimer l'entendu de l'affection que j'ai pour vous
et ma gratitude.*

*Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de
réussite.*

Je vous souhaite une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité.

Que ALLAH vous bénisse et vous protège.

A mes très chers frères Hamza et Sara

Votre amour fraternel, votre soutien resteront gravé dans ma mémoire.

*J'espère que ce travail sera le témoignage de mon amour profond et mon
respect.*

Je vous souhaite une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité.

Qu'ALLAH vous bénisse et vous protège

A tous mes amis (es)

Salma, Hamza, Amina , Sara, Mariem...et leur famille

Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des sœurs et des amies sur qui je peux compter.

En témoignage de l'amitié qui nous uni, je vous dédie ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

A tous ceux qui ont participé de loin ou de près à la réalisation de ce travail.

Et à tous ceux que j'ai omis de citer.



Remerciements

A notre maître el président de thèse

Madame le professeur Lakhdar Amina

Professeur de gynécologie obstétrique

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant
la présidence de notre jury de thèse.*

*Votre culture scientifique, votre compétence et vos qualités humaines ont
suscité en nous une grande admiration, et sont pour vos élèves un exemple
à suivre.*

*Durant notre formation, nous avons eu le privilège de bénéficier de votre
enseignement et d'apprécier votre sens professionnel.*

*Veillez accepter, cher Maître, l'assurance de notre estime et notre
profond respect.*

A notre maître et rapporteur de thèse

Monsieur le professeur Kouach Jaouad

Professeur de gynécologie obstétrique

Nous avons eu le privilège de travailler parmi votre équipe et d'apprécier vos qualités et vos valeurs.

Votre sérieux, votre compétence et votre sens du devoir nous ont énormément marqués.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur Kadiri Mohamed

Professeur de psychiatrie

*Nous avons le privilège et l'honneur de vous avoir parmi les membres de
notre jury.*

*Veillez accepter nos remerciements et notre admiration pour vos qualités
d'enseignant et votre compétence.*

A notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur Babahabib Moulay Abdellah

Professeur de gynécologie obstétrique

*Vous avez accepté en toute simplicité de juger ce travail et c'est pour nous
un grand honneur de vous voir siéger parmi notre jury de thèse.*

Nous tenons à vous remercier et à vous exprimer notre respect.

A Notre maître et juge de thèse

Monsieur Le professeur El Hassani Moulay El Mehdi

Professeur de gynécologie obstétrique

*Nous sommes particulièrement heureux et honorés que vous avez bien
accepté de juger notre thèse.*

*Nous avons été particulièrement touché par la simplicité, la gentillesse et
la rigueur de travail qui vous caractérisent.*

*Permettez nous de vous exprimer notre profond respect et vive
reconnaissance.*

A Monsieur Idri Zakaria

Résident en Gynécologie obstétrique

Nous vous remercions de votre aide à l'élaboration de ce travail, votre soutien tout au long de la période de notre étude était de grand apport.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.



Liste des illustrations

Liste des figures

Figure 1: Profession des gestantes	32
Figure 2: Distribution des gestantes en habitat	33
Figure 3: Gestité	34
Figure 4: Parité	35
Figure 5: Niveau socio-économique des gestantes	35
Figure 6: Niveau d'instruction des patientes	36
Figure 7: Le type de mariage	37
Figure 8: La source de la culture sexuelle des gestantes en %	38
Figure 9: Répartition des gestantes en fonction de l'âge gestationnel	39
Figure 10: Fluctuations de l'humeur chez les gestantes	41
Figure 11: Conséquences des rapports sexuels pendant la grossesse	42
Figure 12: Raisons d'avoir des rapports sexuels	43
Figure 13: Fluctuation de l'orgasme au cours de la grossesse	46
Figure 14: Douleur au cours du rapport sexuel	46

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des gestantes selon l'âge	31
Tableau 2: Pathologies pouvant interférer avec la grossesse.....	40
Tableau 3: Connaissances des patientes en matière de sexualité.....	44
Tableau 4: Vécu de la sexualité par les patientes.....	47
Tableau 5: Influence de la période de la grossesse sur l'orgasme :	48
Tableau 6: Fréquence des rapports sexuels avant et durant la grossesse	53
Tableau 7: Raisons pour continuer ou pas à avoir des rapports sexuels	54
Tableau 8: L'initiation des rapports sexuels au cours de la grossesse	58
Tableau 9: Variations du Désir au cours de la grossesse entre différentes études.....	60
Tableau 10: Variations de la satisfaction au cours de la grossesse entre différentes études	61
Tableau 11: Facteurs influençant la sexualité des gestantes :.....	63
Tableau 12: La position la plus adoptée au cours de la grossesse	65



Sommaire

I. Introduction	2
II. Historique	5
III. Rappel	8
A. Définitions	8
1. Désir	8
2. Culture sexuelle et communication au sein du couple	10
3. Satisfaction sexuelle	11
4. L'orgasme	12
5. Modifications physiques au cours de la grossesse	13
B. Physiologie du rapport sexuel	15
1. Le rapport sexuel : Qu'entend-on par rapport sexuel ?	15
2. Les bases de la physiologie du rapport sexuel	16
3. La physiologie du rapport sexuel pendant la grossesse	19
a) Phase d'excitation	19
b) Phase en plateau	19
c) Phase orgasmique	19
d) Phase de résolution	19
C. Bénéfices au maintien de la santé sexuelle pendant la grossesse	20
D. Les modifications gravidiques du couple	21
1. Grossesse et désir sexuel	21

2. Grossesse désirée et sexualité	21
3. Sexualité de la femme en fonction des trimestres	21
4. Sexualité de l'homme	25
5. Les contre-indications à la sexualité durant la grossesse	26
IV-Matériels et méthodes	28
V- Résultats de l'étude statistique	31
1-Characteristiques épidémiologiques	31
2. Vécu psychique au cours de la grossesse	40
3-Les connaissances des patientes en matière de sexualité	41
4. Vécu de la sexualité durant la grossesse : Tableau 4.....	45
VI- Discussion	50
1. Vécu psychique des femmes	51
2-Vécu sexuel des femmes pendant la grossesse	53
a-Fréquence des rapports sexuels	53
b. La satisfaction envers la relation de couple	57
c. Initiation sexuelle	57
d. Désir sexuel/libido/intérêt sexuel	58
1. La baisse du désir	58
2. La hausse du désir	59
e. Satisfaction sexuelle /orgasme/coït	60
f. Douleurs au cours du rapport sexuel	64

g. Les positions sexuelles	64
h. Infidélité et affaires extraconjugales	65
3. Sexualité en post partum	66
4. Sexualité et professionnels de santé	67
VII. Conclusion	70
VIII. Résumé	72
IX. Annexe	76
X. Références	80



I. Introduction

La grossesse provoque beaucoup de changements dans la vie d'une femme, tant sur le plan physique qu'émotionnel, mais aussi sur le fonctionnement du couple. Il est donc évident qu'elle a certainement un retentissement sur la sexualité [1,2].

Si la grossesse ne dure que neuf mois, ce temps est largement suffisant pour que de véritables problèmes intimes surviennent au sein des couples. De nombreux facteurs simultanés affectent l'expression sexuelle des conjoints. Toutefois les fluctuations sexuelles sont un phénomène naturel pendant la transition à la parentalité [1, 2, 3].

Les troubles de la sexualité au cours de la grossesse ont une part aussi bien physiologique que psychologique, il s'agit d'une période où la femme est confrontée à divers symptômes, où elle doit intégrer une nouvelle image de l'enfant et une image de mère garant l'équilibre affectif de la relation de couple [2-4].

Il est donc essentiel d'analyser ces aspects au moment où les problématiques sexuelles émergent, c'est-à-dire lors de la grossesse, car elles peuvent continuer d'affecter le couple même après la naissance. De plus, des variations sont observées, selon les trimestres et le déroulement de la grossesse, au niveau du désir, de l'intérêt, de la fréquence de l'acte sexuel [5].

Le problème de la sexualité est rarement évoqué aussi bien par le personnel soignant (médecins, sages femmes...) que par les femmes enceintes car cette question reste un tabou. Les informations données permettraient de lutter contre les fausses croyances et pour favoriser le maintien d'une relation intime et sexuelle saine et positive chez les couples [6, 7] .

La prise en charge sexo périnatale devrait faire partie du suivi de grossesse et des soins de santé périnataux. Les études soulignent le poids du tabou, le manque d'information, les mêmes pratiques et troubles sexuelles que dans les autres pays [6-8].

À travers une étude réalisée au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V, sur une période de 5 mois concernant la sexualité féminine au cours de la grossesse ainsi qu'une revue de la littérature, nous avons relevé les principaux axes de la question. A notre connaissance ce travail est le premier réalisé au Maroc.



II. Historique

Au 1er siècle avant JC, à Rome, le citoyen devait élever des enfants, surtout des fils, pour perpétuer sa lignée et assurer le culte de ses ancêtres. La sexualité servait alors la fécondité. Elle était instrumentalisée. La femme pouvait demander à suspendre ses relations conjugales une fois ce devoir effectué. L'homme pouvait alors assouvir ses désirs auprès d'autres femmes. Avec l'avènement du christianisme, la chasteté est louée et prendre du plaisir devient un péché. Toute pratique privilégiant le plaisir devient interdite. L'homme et la femme qui enfantent coopèrent à l'œuvre divine. Le mariage devait donc être suivi de procréation. Pendant la grossesse, la sexualité était donc interdite puisque le devoir de procréation était accompli. Après l'accouchement, les femmes étaient interdites de toute relation sexuelle pendant 40 jours. Les facteurs favorables à l'amour et à la sexualité apparaissent au temps des lumières. Le corps devient un lieu de satisfaction multiple. La réduction des naissances s'installe et progresse dans le silence : elle valorise la jouissance sexuelle des époux. Pourtant, dans l'éducation, le sexe reste un sujet tabou. A partir du XXème siècle, la sexualité devient un ciment qui soude le couple et le protège contre les tentations. La sexualité est désormais autorisée pendant la grossesse et après l'accouchement. La médicalisation de l'accouchement, puis les lois sur la contraception et l'avortement font disparaître la pudeur féminine. La maternité devient un épanouissement narcissique du moi féminin[9, 10] .

L'islam est une religion monothéisme qui encourage à vivre la sexualité comme un facteur important et obligatoire de plaisir et d'épanouissement du couple, le mariage étant est le seul cadre autorisant de la sexualité, cela a été souligné au Coran dans une douzaine de versets, ainsi que dans la tradition du

prophète, on peut trouver des centaines de hadiths évoquant la sexualité. Ces hadiths servent comme percepts et directives, exposant le comportement du prophète lui-même, qui a été le premier à insister sur l'éducation sexuelle [7].

Le Maroc est un pays de culture arabo-berbéro-musulmane. Il a été un carrefour et un lieu de brassage des cultures et des civilisations. Le fait qu'il ait été traversé par une présence historique plurielle : phénicienne, romaine, byzantine, amazigh, arabe, andalouse musulmane et juive, la présence coloniale française, espagnole ... Tout cela explique son multiculturalisme, son plurilinguisme et sa facilité à assimiler la trame profonde de toutes les civilisations qui l'ont imprégné [11]. Il est devenu un pays de migration et de diversité en pleine transition socioéconomique, la sexualité y est aussi soumise comme beaucoup de pays, à une influence multifactorielle d'ordre culturel, éthique, psychologique, social, etc [7, 11] .



III. Rappel :

A. Définitions :

1. Désir :

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

- le désir biologique naît dans le cerveau et est régulé par les stéroïdes sexuels, la prolactine, les hormones thyroïdiennes. Le neurotransmetteur (dopamine) est modulé par les endorphines.
- le désir motivationnel module les aspects pulsionnels et biologiques. C'est la quête des avantages procurés par l'activité sexuelle en fonctions des besoins émotionnels et affectifs.
- le désir cognitif fait intervenir une balance bénéfices/risques de l'activité sexuelle (souhaits et risques en jeu dans le comportement sexuel). Il va moduler le désir biologique et motivationnel [12] .

Désir en philosophie :

Etat, ou situation qui procure du plaisir.

"Ce qu'on n'a pas, ce qu'on n'est pas, ce dont on manque, voilà l'objet du désir", disait Platon. ... Le désir conduit à la recherche de l'objet, ou du sujet que l'on considère comme étant une source de satisfaction.

Le désir est obsédant. Il a une emprise psychique sur l'être humain et cause un trouble. Celui qui désire n'agit plus normalement : il pense sans cesse à l'objet désiré, il en parle en permanence. Le désir influe sur son comportement et interfère avec le reste de son existence.

Point important, le désir ne peut pas être comblé. Quand on obtient l'objet souhaité, on cesse de le désirer. Notre désir n'est pas comblé ou satisfait : il n'existe plus. La disparition d'un désir particulier n'est toutefois pas la fin du désir en général : nous n'arrêtons jamais de désirer.

Le désir est d'abord un phénomène psychique. Un désir est avant tout quelque chose qui occupe l'esprit. La dimension physique du désir existe, mais elle n'est pas au premier plan.

Enfin, le désir est intense et durable. Ce n'est pas n'importe quelle envie. Il n'est pas un élément éphémère ou sans accroche dans l'individu. Il est vécu comme intense et s'étend dans le temps.

Désir en psychologie :

Le désir est donc issu des premiers ressentis de plaisir et du souhait de revivre le plaisir.

Les pulsions provoquent une tension qui tend à être déchargée à travers un ressenti de plaisir. Plaisir et désir sont liés, nous pouvons associer le désir au travail des pulsions. Le désir introduit une notion de symbolique. Dans le sens où issu d'un désir inconscient, je vais désirer un objet, non pas pour l'objet en lui-même, mais pour ce qu'il représente dans mon inconscient. Par rapport à un vécu antérieur qui avait généré du plaisir.

C'est cette domination qu'exerce le mode symbolique sur le désir qui le pousse vers l'interdit, qui génère le désir de l'inconnu. Le lien du désir à l'interdit peut être également mis en lumière par le fait que la loi et le désir refoulé sont liés. Nos désirs peuvent être refoulés par notre morale, nos valeurs, notre éducation, la religion. Mais malgré cela ils sont en nous et exercent une

poussée (pulsion). Le désir est alors en quelque sorte l'envers de la loi, d'où son attirance pour l'interdit. Ou encore, nous ne pouvons pas avoir ce qui est interdit, hors le désir étant issu d'un manque, je vais désirer ce qui est interdit car je ne l'ai pas.

Le désir sexuel :

Une exigence organique que nous pourrions comparer à la faim, une pulsion qui serait vécue comme une sensation spécifique et qui amènerait la personne à rechercher ou à devenir réceptive sexuellement.

D'un point de vue hormonal, la testostérone prédispose l'homme à l'appétit sexuel, tandis que celui de la femme fluctue au rythme de son cycle menstruel.

Le but biologique de l'accouplement étant la survie de l'espèce, le taux d'œstrogène féminin augmente en période de fécondité, accroissant la sensibilité de la femme aux phéromones mâles (molécules odoriférantes stimulant le désir) et sa propre production de phéromones.

2. Culture sexuelle et communication au sein du couple :

La communication est considérée comme un système complexe qui prend en compte tout ce qui se passe lorsque des individus entrent en interaction. Elle peut être verbale ou non verbale et faire donc intervenir à la fois des processus perceptuels, cognitifs et affectifs, que ceux-ci soient conscients ou inconscients.

La communication est un moyen qui permet aux conjoints d'exprimer leurs besoins, leurs désirs leurs préférences et insatisfactions. Elle représente l'une des bases essentielles d'une relation durable, et semble significativement reliée à la satisfaction conjugale, pour pouvoir communiquer dans le couple. Il est indispensable pour le couple d'avoir un répertoire sexuel ainsi que des

ressources suffisamment développées pour avoir une vision positive de la sexualité ce qui pourra faciliter l'adaptation et la communication du couple pendant cette transition qu'est la grossesse [5, 13]

A l'inverse, vu que la plupart des couples ont une compréhension limitée de leur sexualité et des difficultés à aborder leurs désirs sexuels et avec leur partenaire intime à cause d'un manque de connaissances, de peur de déplaire à leur partenaire, cela causera le plus souvent une inhibition de la réponse sexuelle ou de la performance sexuelle[5] .

3. Satisfaction sexuelle :

Peut être définie par chacun de façon singulière, des thèmes comme le plaisir et l'orgasme peuvent faire parties de sa définition, les auteurs indiquent que la satisfaction est un sentiment général qui tient compte à la fois des aspects positifs et négatifs des relations sexuelles, ils précisent que la satisfaction sexuelle ne se veut pas uniquement liée au plaisir physique ou à l'absence de problématique sexuelle, ou d'insatisfaction [5].

Selon la Société des Obstétriciens et Gynécologue du Canada (2006), une sexualité satisfaisante repose sur le fait que les partenaires partagent leur désir et ce qui leur fait plaisir. Ils insistent aussi sur l'importance de pouvoir parler aisément de ce sujet [5].

En effet, la satisfaction sexuelle est un élément essentiel à la satisfaction relationnelle du couple, ainsi un conflit relationnel non résolu peut entraîner des dysfonctions sexuelles et, à son tour, une dysfonction sexuelle peut agir comme catalyseur et précipiter des conflits relationnels et une détresse conjugale. Le bonheur conjugal est un aspect recherché chez le couple, même dans les

périodes de grands changements comme l'est la grossesse. La section qui suit portera d'ailleurs un regard sur cette période dans la vie d'un couple afin d'en tirer une définition.

4. L'orgasme :

Il se produit lorsqu'il y a un relâchement de la vasoconstriction et de la myotonie issue de l'excitation sexuelle. Il peut être vaginal et/ou clitoridien. Il est décrit qu'il existe une similitude entre les deux. La sensation voluptueuse de l'orgasme commence par des contractions de la plate-forme orgasmique. Ces contractions sont régulières et se produisent à huit secondes d'intervalle. Il y en a minimum trois et maximum quinze. Leur intensité diminue progressivement. Le corps utérin se contracte également pendant cette phase.

Par définition, le plaisir est un état émotionnel agréable qui naît de l'apaisement d'une tension organique ou psychique. On pourra observer différentes nuances du plaisir d'organe : délicieux, sensuel, voluptueux, érotique, jouissif, voire orgasmique. Il est couplé au désir à la base du comportement. Selon Cabanac, l'homme ayant un besoin de plaisir, il va agir de manière à maximiser le plaisir et minimiser le déplaisir dans la recherche du bien-être global [2, 3, 6, 14, 15] .

L'orgasme est le phénomène automatique terminal de l'excitation sexuelle portée au plus haut degré. Pour le définir précisément, il faut décrire ensemble les changements génitaux et périphériques et les composantes émotionnelles et mentales de l'acmé du plaisir sexuel. Ce phénomène réflexe non conscient fait intervenir les structures sous-corticales, le système limbique et le cortex préfrontal. Celui-ci est le modulateur cognitif qui permet ou non la diffusion de l'excitation et la progression de l'orgasme. Il est donc sous-tendu par l'affectif et

l'émotionnel qui se renforcent en fonction du cycle et du statut hormonal. Chez la femme, il existe principalement deux situations menant à l'orgasme :

- une stimulation clitoridienne (chez la plupart des femmes) : ce sont des sensations focalisées et intenses, ressenties comme étant plus vives et satisfaisantes physiquement.
- une stimulation vaginale (coïtale) : ce sont des sensations plus diffuses, telles des vibrations à travers le corps tout entier, qui durent plus longtemps et sont plus satisfaisantes psychologiquement.

Il est nécessaire de préciser que l'une et l'autre, quelle que soit leur origine, restent des orgasmes. En effet, les études jusqu'à ce jour montreraient que ces orgasmes sont tous les deux liés sur le plan physiologique. Le clitoris, via des ligaments, serait solidaire du point G (partie antérieure du vagin proche de l'urètre) lors des mouvements de va et vient du pénis. Ceci permettrait de constituer une entité anatomophysiologique unique [14, 16].

Au niveau clinique, on pourra observer des contractions rythmiques du vagin, de l'utérus, du sphincter anal, et des modifications du flux sanguin clitoridien et vaginal [16, 17].

5. Modifications physiques au cours de la grossesse :

Au niveau des seins, l'augmentation de volume et de la sensibilité mammaire donne souvent une sensation de lourdeur et de tension dès le début de la grossesse. Les alvéoles et les mamelons sont hyperpigmentés et douloureux, le réseau veineux est visible [16,18,20].

L'utérus augmente progressivement de volume, restant en position pelvienne les deux premiers mois de grossesse avant d'adopter une position abdominale dès le troisième mois.

Au deuxième trimestre, il peut constituer une gêne potentielle. Cependant, c'est surtout au troisième trimestre qu'il est source d'inconfort : de par son volume et de par sa position. En effet, les autres organes abdominaux sont déplacés voire comprimés, notamment l'aorte et la veine cave inférieure. Ainsi, la femme supportera mal le décubitus dorsal. On note également que le col de l'utérus étant très vascularisé, de petits saignements peuvent survenir lors de la pénétration et perturber le couple [12, 20].

La pigmentation de la vulve augmente, la muqueuse vaginale s'épaissit. Les lèvres, le clitoris et le vagin sont congestionnés par l'hypervolémie, l'hyperpression veineuse pelvienne et un phénomène de compression de la veine cave inférieure par l'utérus gravide. La lubrification vaginale est augmentée, surtout au second trimestre. De plus le vagin va subir des modifications anatomiques : la ballonnisation du fond vaginal qui se produisait durant la phase d'excitation en dehors de la grossesse reste constant pendant celle-ci. Les zones érogènes primaires sont donc plus sensibles mais aussi moins accessibles à cause de l'œdème [3, 6, 12, 17].

Sous l'influence des sécrétions hormonales, la pigmentation de la peau est accentuée, ce phénomène se produit au niveau des mamelons, aréoles, des régions vulvaires et périnéales. On peut également observer un embellissement des cheveux grâce aux œstrogènes, une ligne brune, un chloasma (ou masque de grossesse), de l'acné, et chez plus de la moitié des femmes, des vergetures. Selon les modifications, l'image corporelle va être bouleversée, l'acné et les vergetures ont un effet négatif pour la femme qui ne se sent pas désirable[12].

Le désir est sous l'influence des hormones :

Les œstrogènes ont une action le favorisant contrairement à la progestérone qui crée un climat peu propice à la libido. Donc, selon la sensibilité des femmes à l'une ou l'autre hormone, le vécu de ces changements sera différent.

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

- Au premier trimestre, la femme subit des nausées et des vomissements. Elle ressent une hypersomnie, un grand état de fatigue et des modifications du goût et de l'odorat.
- Lors du second trimestre, la disparition de certains maux, l'augmentation de la lubrification vaginale et la période d'adaptation aux différents changements terminée.
- Le troisième trimestre est souvent marqué par un véritable inconfort physique avec une certaine irritabilité, des douleurs lombaires, une fatigue importante, un pyrosis et une prise de poids [12, 21].

B. Physiologie du rapport sexuel :

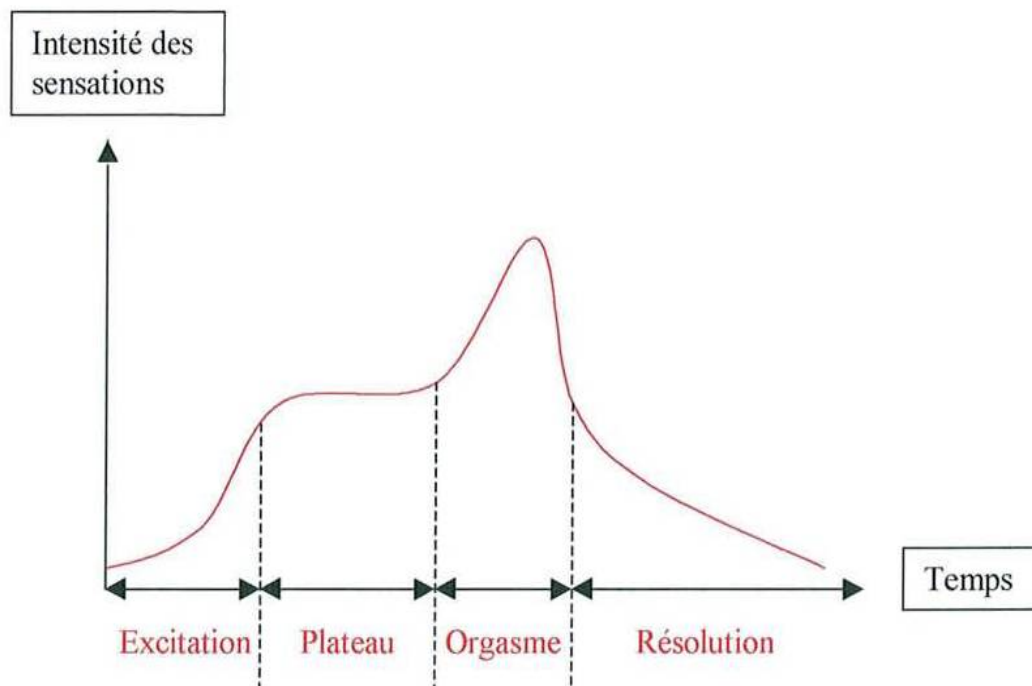
1. Le rapport sexuel : Qu'entend-on par rapport sexuel ?

Pour la plupart des gens, un rapport sexuel se limite au coït, à la pénétration vaginale : a priori discutable. Dans ces conditions, la problématique soulevée par le thème de grossesse et sexualité est une évidence puisque la sexualité se réduirait à un coït dont les couples peuvent supposer un effet néfaste pour la grossesse. A l'inverse, si l'on entend par rapport sexuel, tout comportement amoureux échangé dans un couple et destiné à aboutir à un échange d'orgasmes, la confrontation entre grossesse et sexualité perd énormément de son actualité et

de son éventuelle dimension iatrogène. Un rapport sexuel est donc une communication, un langage non verbal, mais qui a les mêmes qualités et les mêmes objectifs qu'un dialogue. C'est un dialogue charnel qui a la vocation d'aboutir à l'orgasme par quelque moyen que ce soit [22].

2. Les bases de la physiologie du rapport sexuel :

Après la naissance d'un désir sexuel réciproque, le rapport sexuel constitue une suite logique pour assouvir cette pulsion. Le rapport sexuel se divise en quatre phases successives et a été décrit par MASTERS et JOHNSON sous la forme d'une courbe appelée : Cycle des réactions sexuelles [23].



CYCLE DES REACTIONS SEXUELLES

• L'excitation : les stimulations sexuelles (baisers, caresses...) découlant du désir provoquent, si rien ne vient entraver l'évolution du rapport, une vasocongestion des organes génitaux des partenaires. Elle se manifeste par une érection chez l'homme mais chez la femme, les phénomènes sont plus complexes : les lèvres, engorgées de sang et de liquide interstitiel augmentent de volume et il se produit une érection clitoridienne. Les seins augmentent également de volume et à ce niveau est constatée une érection mamelonaire appelée thélotisme. Par ailleurs, l'utérus s'élève dans la cavité pelvienne et une lubrification vaginale est produite par les deux tiers supérieurs du vagin sous l'influence d'un afflux sanguin au niveau des parois vaginales. Selon des études de SEMMENS et WAGNER (1982) et de SARREL (1990), cet afflux sanguin est rendu possible par la présence suffisante des estrogènes. Parallèlement à ces manifestations, s'observe également une augmentation des rythmes respiratoire, cardiaque et de la tension artérielle[12, 18] .

• La phase en plateau : elle débute par la pénétration du pénis dans le vagin et se termine juste avant l'orgasme. Elle est marquée par l'élévation et la rétraction du clitoris qui se retrouve entièrement recouvert par son capuchon, mais surtout par l'engorgement du tiers externe vaginal. Le vagin est donc rétréci à cet endroit, il forme ce qu'on appelle la plate-forme orgasmique et étreint la verge du partenaire. A l'opposé, le tiers interne du vagin se « ballonise » et forme une sorte de cupule pour accueillir le sperme. Les bouleversements cardiovasculaires et respiratoires se poursuivent dans le même sens que lors de la première phase et s'accompagnent d'une tension musculaire.

- L'orgasme : je passe volontairement sur l'orgasme masculin caractérisé par l'éjaculation de sperme. L'orgasme féminin paraît, lui, plus compliqué. Freud prétendait qu'il existait deux sortes d'orgasmes : l'un clitoridien et l'autre vaginal. Selon lui, ce dernier était le seul signe de la maturité féminine et l'orgasme clitoridien n'était en rien un aboutissement. Les auteurs qui lui succédèrent, comme KINSEY, MASTERS ou JOHNSON, rectifièrent en précisant qu'un orgasme, quelle que soit son origine, reste un orgasme. A l'heure actuelle, les auteurs affirment l'existence d'un seul type d'orgasme, qui peut être provoqué par une excitation clitoridienne ou par la pénétration vaginale. Il existe donc deux « chemins » menant à l'orgasme[12, 18] . Le premier est lié à la riche innervation du clitoris tandis que le deuxième est la conséquence de l'engorgement vaginal associé ou non à la stimulation du point G (sur la paroi antérieure du vagin). Quoiqu'il en soit, l'orgasme se compose de contractions vaginales et utérines, d'une accélération considérable des rythmes cardiaque et respiratoire, d'une sensation de chaleur et de l'apparition de rougeurs sur le corps. Il s'accompagne, dans de rares cas, d'un écoulement de liquide incolore.

- La résolution : c'est la disparition des tensions musculaires et de la congestion. La respiration, le pouls et la tension artérielle retrouvent progressivement leur valeur normale. Les organes génitaux, du clitoris à l'utérus, reprennent leur place et leur volume initial. Les rougeurs sexuelles s'atténuent et une fine transpiration apparaît. Contrairement à l'homme, la femme peut retrouver à ce moment une phase d'excitation.

3. La physiologie du rapport sexuel pendant la grossesse :

a) Phase d'excitation :

Au premier et au troisième trimestre il y a une diminution du désir et de la lubrification mais ils sont en augmentation au deuxième trimestre. La tension des zones mammaires et pelvienne suite à la vaso-congestion liée à l'excitation est additionnée à celle liée à la grossesse. Elle est difficilement supportable pour certaines femmes, surtout au premier trimestre [12].

b) Phase en plateau :

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

c) Phase orgasmique :

Elle est plus difficile à atteindre. Au premier trimestre, une gêne à type de crampes douloureuses au niveau de la ligne médiane du bas ventre et des céphalées peuvent estomper la sensation agréable. On observe une augmentation du nombre d'orgasmes au second trimestre [12].

Après les rapports, il peut y avoir des contractions au troisième trimestre car l'utérus étant plus irritable, les contractions vaginales et utérines de l'orgasme vont se propager plus facilement [18].

d) Phase de résolution :

Avec l'avancée de la grossesse, la tension désagréable de la congestion pelvienne peut persister, rendant l'expérience sexuelle décevante [12].

C. Bénéfices au maintien de la santé sexuelle pendant la grossesse :

Sezer, Simge, Duygu & Tuba concluent que les difficultés rencontrées au cours de la grossesse au niveau sexuel peuvent conduire à de l'instabilité et des conflits conjugaux.

En effet la grossesse est une phase unique dans la vie d'une femme et une fonction sexuelle saine renforce l'intimité émotionnelle d'un couple, tout comme elle facilite la transition hormonale, physique et psychologique qui a lieu pendant cette période [2, 6, 24-26].

En outre, les femmes reconnaissent souvent l'activité sexuelle pendant la grossesse comme bénéfique : l'harmonie et la stabilité conjugales sont accrues et la satisfaction sexuelle est augmentée [26-29].

On constate donc que la santé sexuelle est un aspect primordial au sein du couple et qu'il est nécessaire de mettre en place des moyens adaptés pour répondre aux besoins de celui-ci. C'est là que le rôle des professionnels de la santé intervient. En effet, ces derniers doivent non seulement permettre l'ouverture au dialogue sur ce sujet mais également apporter des informations ciblées et adéquates. Cependant, il faut savoir nuancer ces résultats ainsi que le concept de "normes"⁵ et, comme l'OMS (2003) le définit, considérer la santé sexuelle dans son ensemble comme « un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité » [29, 30].

En effet, à travers cette définition, on comprend que la santé sexuelle ne se résume pas uniquement à des pratiques/fréquences sexuelles déterminées mais à une conjugaison de différents facteurs qui mènent à une satisfaction sexuelle propre à chacun et chaque couple [29, 31].

D. Les modifications gravidiques du couple :

La découverte de la grossesse n'est pas toujours vécue avec joie, même s'elle est planifiée et voulue, une certaine ambivalence interne est présente et aura un impact sur la relation de couple. La grossesse alors est une période de grande labilité émotionnelle qui impacte la fonction sexuelle.

1. Grossesse et désir sexuel :

La grossesse est dans la vie d'une femme, d'un couple, un moment privilégié et d'une grande complexité. Il est socialement entendu que dans cette période la femme est au comble de sa féminité et doit s'épanouir pleinement, malgré l'avalanche de bouleversements physiologiques, psychologiques, sexuels et familiaux [3, 6, 9, 31, 32].

2. Grossesse désirée et sexualité :

Les modifications du schéma corporel et les petits désagréments seront mieux acceptés si cette grossesse a été désirée par les deux futurs parents, toutefois quand cette grossesse est hautement désirée après une infertilité et dans le cadre d'une procréation médicalement assistée cela peut être source d'inhibition du désir sexuel chez les deux partenaires [2, 3, 9, 13, 33].

3. Sexualité de la femme en fonction des trimestres :

1- Au 1^{er} trimestre :

Lors de sa maternité, la femme va acquérir une nouvelle identité, elle passe du statut de femme et fille à celui de mère. Le moment de la grossesse est donc un moment de crise identitaire et conflictuelle. Cette crise est nécessaire et vulnérabilisant [2, 6, 12, 13, 19].

La femme est alors envahie par plusieurs sentiments. Dès le début de la grossesse l'angoisse est présente. La femme peut avoir certaines craintes et appréhensions concernant le déroulement de la grossesse. Cela se voit surtout chez les primipares pour qui la grossesse est une source d'inconnu. La culpabilisation peut être présente dans cette période pour les femmes qui ne s'aperçoivent pas de leur état de grossesse ou celles pour qui la grossesse n'était pas désirée. Une certaine ambiguïté peut apparaître. Les seins augmentent de volume, rendant la femme plus féminine mais la grossesse stoppe les règles, faisant diminuer cette féminité pour certaines [2, 3, 6,34].

Sous l'effet des hormones, il y a une diminution de la motilité de la vidange gastrique provoquant nausées et vomissements. Les femmes peuvent aussi souffrir d'une hypersialorrhée, responsable parfois d'une gêne [3, 9, 13, 19, 34].

La femme enceinte doit s'adapter aux différents changements physiques et psychiques. Les petits maux tels que les nausées, les vomissements, l'asthénie, les insomnies ou encore les tensions mammaires peuvent entraîner une diminution du désir sexuel et ainsi entraîner une diminution des rapports sexuels. La maternité renvoie vers son histoire personnelle et sa propre enfance. La future mère recherche un besoin de protection auprès de son mari, ou de sa mère. C'est la manifestation d'un besoin d'amour qui peut altérer la libido [34].

L'intérêt pour la sexualité peut être diminué par le fait que la femme a d'autres préoccupations : soucis matériels, financiers, professionnels. Elle pense à l'enfant à venir, à l'annonce de la grossesse à l'entourage et à l'attitude nouvelle de celui-ci. Elle va alors avoir une préférence pour la tendresse et les câlins et il est conseillé aux hommes d'être tendres et rassurants [12]. A contrario pour certaines femmes, la fierté d'être enceinte et la disparition de la

crainte de concevoir leur procurent une hausse d'appétit sexuel. Il faut souligner également que la sexualité peut être modifiée suivant s'il s'agit d'une grossesse désirée ou non, ou encore s'il y a eu assistance médicale à la procréation ou des antécédents de fausse couche [2, 6, 34] .

2-Au 2^{ème} trimestre :

On note un antagonisme entre l'augmentation du taux d'œstrogènes et du taux de progestérone tout au long de la grossesse. Les premiers favorisent le désir sexuel et la seconde le freinent [2, 3, 22].

La femme s'est adaptée aux différents changements et certains maux ont disparu. La femme a intégré son nouvel état de grossesse. L'intérêt sexuel est donc ranimé et il y a un recentrage sur le couple qui vit et assimile mieux leur sexualité. Les craintes disparaissent (le risque de fausse couche peut être écarté et les angoisses de l'accouchement pouvant générer des inquiétudes sont encore loin dans leur esprit) et c'est une période d'épanouissement sexuel. La femme se met à aimer ce nouveau corps. Tout cela renforce la sécurité affective, élément fondamentale du désir féminin [34].

Le deuxième trimestre devient alors plus propice à la sexualité, la gêne physique diminue et l'humeur devient plus stable. Cette période est décrite comme étant la plus sereine et la plus satisfaisante.

Une augmentation du désir sexuel et une amélioration de la qualité et de l'intensité des orgasmes y est notée.

3-Au 3^{ème} trimestre :

Lors du troisième trimestre, plusieurs études rapportent une réduction plus accrue de l'activité sexuelle [4, 5, 22].

Plusieurs paramètres rentrent en compte chez la femme : [22, 31]

- la modification de l'image corporelle (avec par exemple la prise de poids ou l'apparition de vergetures dans certains cas),
- l'augmentation du volume de l'abdomen, l'asthénie, les douleurs ligamentaires, les tensions pelviennes, ou encore l'irritabilité.
- un éventuel reflux gastro-œsophagien.

Sur le plan physiologique, ceci peut être expliqué par :[22]

- La vaso-congestion physiologique des seins qui peut se révéler insupportable par la femme.
- Clitoris est autant turgescent mais il devient hyperesthésique.
- Œdème et turgescence du vagin, ce qui réduit la filière vaginale l'orifice vaginal parfois complètement obstrué source de dyspareunie et de douleurs d'intromission.

En plus l'orgasme est moins efficace vue l'absence de résolution, il n'y a pas de soulagement du pelvis, on parle « d'une prolongation de l'excitation sexuelle ». [22].

La femme recherche souvent une attention non-sexuelle. L'homme doit également s'adapter. La peur de faire mal au bébé ou encore la baisse de la libido (en rapport avec les modifications de l'image du corps de leur femme) peuvent être source d'un manque d'intérêt et d'une diminution des rapports sexuels. La sexualité se voit modifiée également par un réajustement sexuel. En effet, l'accroissement du volume utérin provoque des inconforts, notamment en position allongée. De plus, il est important que le partenaire ne laisse pas reposer tout son poids sur l'utérus et qu'il n'y ait pas une pénétration trop profonde. [31].

Les caresses érotiques peuvent être développées par les couples comme alternatives.

Lors du troisième trimestre, la grande majorité des études s'entendent pour dire qu'il y a une réduction plus accrue de l'activité sexuelle. En effet, on rapporte principalement les plaintes suivantes comme faisant partie des causes de ce déclin : le gain de poids, la difficulté avec les positions sexuelles usuelles, la fatigue, le besoin d'uriner souvent, l'inconfort de la poitrine, les maux de dos, les hémorroïdes, le souffle court, etc [5].

A la fin du troisième trimestre, la sexualité repose sur un mode plus doux. Pourtant, les relations sexuelles avec pénétration et la stimulation des seins peuvent préparer ou même provoquer l'accouchement. Cela s'explique par la libération d'ocytocine suite à l'excitation et à la présence de prostaglandines dans le sperme [31].

4. Sexualité de l'homme :

Au travers les données de la littérature, les changements physiques et psychiques chez la femme enceinte, qui sont des transformations parfois importantes au point que les hommes disent ne plus reconnaître physiquement et psychiquement leurs compagnes. C'est sans doute ce phénomène qui peut créer une distanciation charnelle au sein du couple. Cet éloignement est nourri par la perception qu'à la future mère de son rôle parental auquel elle se prépare en y incluant son compagnon qu'elle considère parfois plus comme le père de son enfant que comme son amant [25, 35].

Du côté de l'homme, il n'y a pas de changement physique, excepté lorsque ce dernier s'identifie à la grossesse et prend du poids en même temps que sa conjointe. Un phénomène appelé « couvade » semble faire le pont entre le fossé des genres pour certains hommes. Étant considérée comme l'expression d'un rite de passage dans la paternité, la couvée est la somme des changements subis par certains futurs papas.

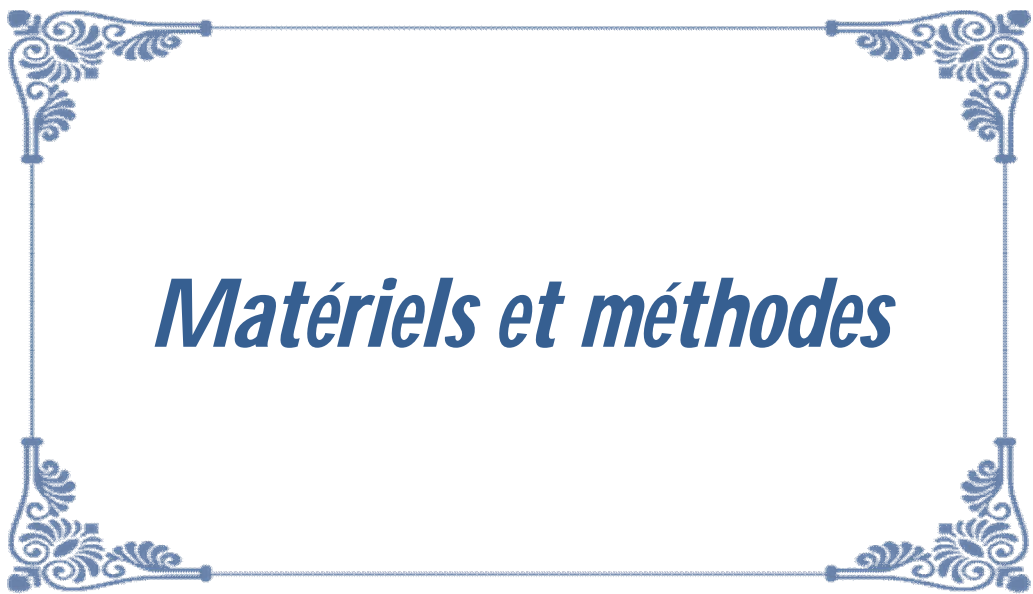
D'un point de vue plus pratique, une étude sur la sexualité pendant la grossesse a recensé les avis de 3380 hommes. A la question « Sinon, pourquoi ne voulez-vous pas faire l'amour avec votre femme », 70.37% ont répondu « par peur de faire mal au bébé »[22, 35, 36] .

Il y a également le fantasme du pénis dangereux dans l'acte sexuel dont a parlé Pasini qui est présent chez 60 % des hommes inclus dans l'étude REICHENBACH qui indique que si l'entente de couple se maintient pendant la grossesse. La sexualité est remplacée par des gestes de tendresse [1, 33, 35, 37].

5. Les contre-indications à la sexualité durant la grossesse :

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

En dehors de celles-ci et pour autant que la grossesse se déroule harmonieusement, il n'y a pas de recommandations particulières concernant l'activité sexuelle durant la grossesse[29, 38] .



Matériels et méthodes

IV-Matériels et méthodes :

Nous avons préconisé une étude descriptive sur un échantillon de 220 femmes enceintes suivies en consultation externe de périnatalité à l'hôpital militaire d'instruction Mohamed V sur une période de 5 mois allant du 1^{er} janvier au 25 mai 2019.

1- Critères d'inclusion :

Toutes les femmes qui se sont présentées en consultation prénatale quelque soit l'âge gestationnel et qui ont consenti de participer à l'étude après les avoir informés sur les buts du travail et le respect de leur anonymat. Les entretiens se sont déroulés en l'absence de tiers.

2- Critères d'exclusion :

- Les gestantes qui avaient une pathologie obstétricale contre-indiquant les rapports sexuels au cours de cette grossesse (ex. : placenta prævia, menace d'avortement ou d'accouchement prématuré ou métrorragie)
- Les patientes qui ont refusé de participer à l'étude.

3- Outils :

Nous nous sommes aidés par un questionnaire pré établie (annexe1).

- L'entretien se déroulait après fin de consultation dans une salle isolée
- La fiche est distribuée à toutes les femmes et nous avons aidé les patientes qui ne maitrisaient pas le français
- Nous avons ainsi enquêté sur :
 - ✓ Les caractéristiques sociodémographiques concernant l'âge, la profession, le type de foyer (commun ou indépendant), la religion et le niveau d'instruction,

- ✓ Les antécédents personnels, chirurgicaux gynécologiques et obstétricaux,
 - ✓ Les connaissances et pratiques sexuelles des gestantes,
 - ✓ La pratique de la sexualité au cours de cette grossesse et ses raisons,
 - ✓ La fréquence des rapports sexuels, le désir sexuel, la libido, la douleur au cours des rapports, les positions adoptées, la satisfaction sexuelle de la gestante,
 - ✓ Si le sujet de la sexualité a été abordé par la gestante avec un professionnel de santé.
- Les données ont été analysées au moyen du logiciel SPSS
 - Le taux de participation était de 98% des patientes

4- **Le but** de l'analyse des données concernant la sexualité au cours de la grossesse une population marocaine, est de :

- Déterminer les représentations des femmes enceintes en matière de sexualité pendant la grossesse, la nature de leurs peurs/angoisses.
- Déterminer les opinions et les pratiques des femmes en matière de la sexualité pendant la grossesse.
- L'impact de la grossesse sur la sexualité du couple, notamment mieux comprendre l'expérience sexuelle du couple lorsque survient une grossesse



***Résultats
de l'étude statistique***

V- Résultats de l'étude statistique :

1-Characteristiques épidémiologiques :

▣ AGE :

Les femmes avaient une moyenne d'âge de 28ans (la médiane = 28 ans).
(Tableau 1)

Tableau 1: Répartition des gestantes selon l'âge

AGE	N= (nombre de femmes)	%
< 19 ans	9	4,09%
20-24 ans	51	23,18%
25-29 ans	72	32,72%
30-34 ans	53	24,09%
35-39 ans	31	14,09%
>40 ans	4	1,82%

☒ **Profession :**

Les gestantes étaient des femmes au foyer dans 83,64%. (Figure 1)

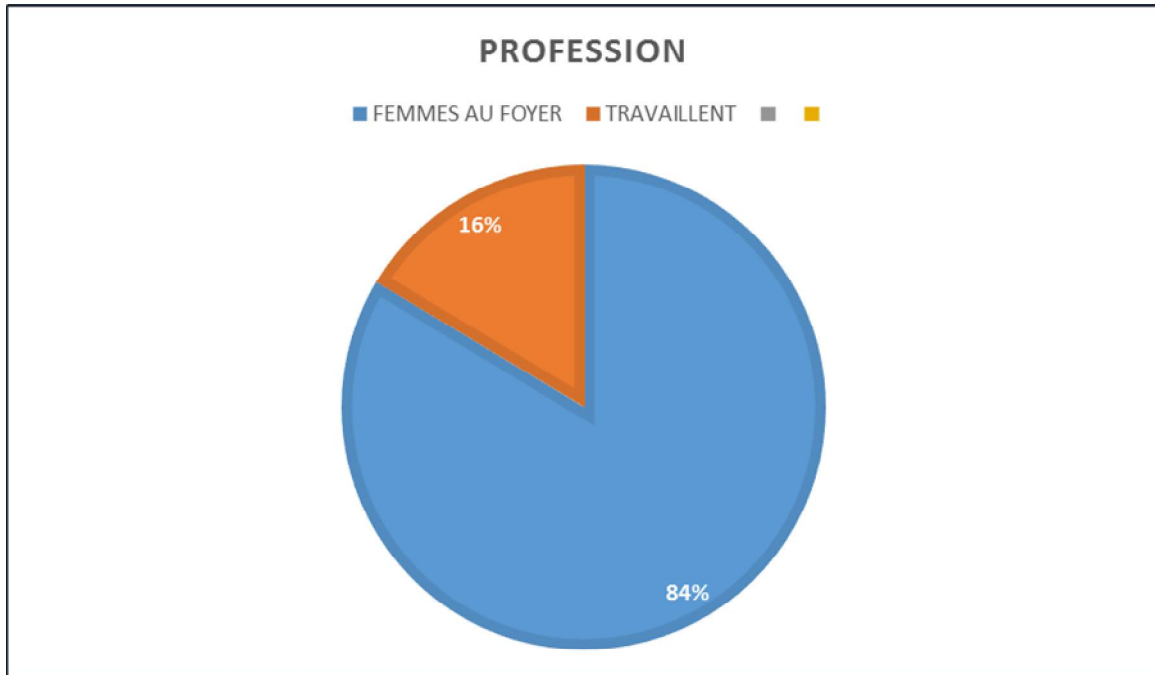


Figure 1: Profession des gestantes

☒ **Religion :**

Toutes les femmes étaient musulmanes.

▣ Habitat :

La plupart des gestantes demeuraient en zone urbaine avec une très forte concentration dans l'axe Rabat, Salé, Témara respectivement 19,54%, 50%, 11,36%, le reste réparti sur Tamesna, Skhirat, Mohammedia, Ben Slimane, Nador, Kenitra, Dakhla, Casablanca, Tifelt, Ouazzane, Fès, Sidi Kacem, Jadida et Khmissat. (Figure 2)

La majorité des femmes avait un habitat indépendant 72,27%, le reste demeure dans un commun habitat.

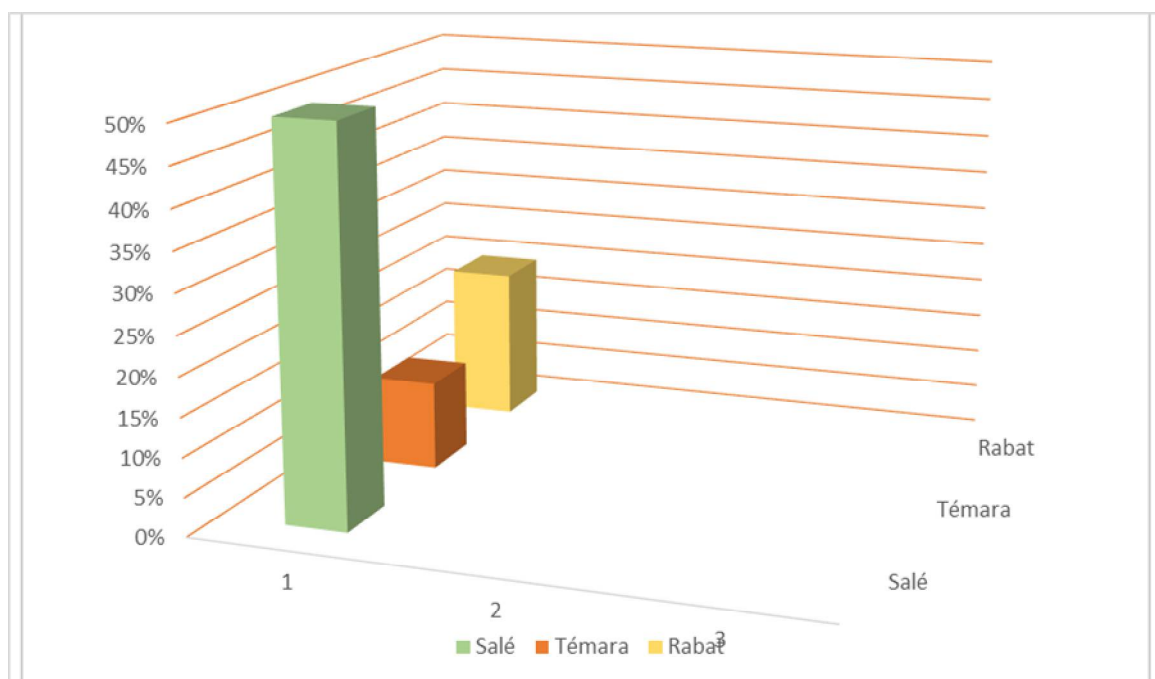


Figure 2: Distribution des gestantes en habitat

▣ Gestité et Parité :

La médiane de gestité des patientes était 2 (2EME GROSSESSE) (Figure 3) et

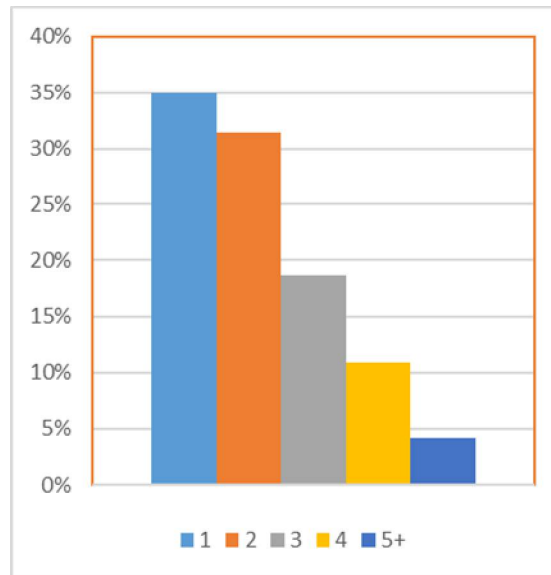


Figure 3: Gestité

La médiane de parité des gestantes était primigeste. (Figure 4)

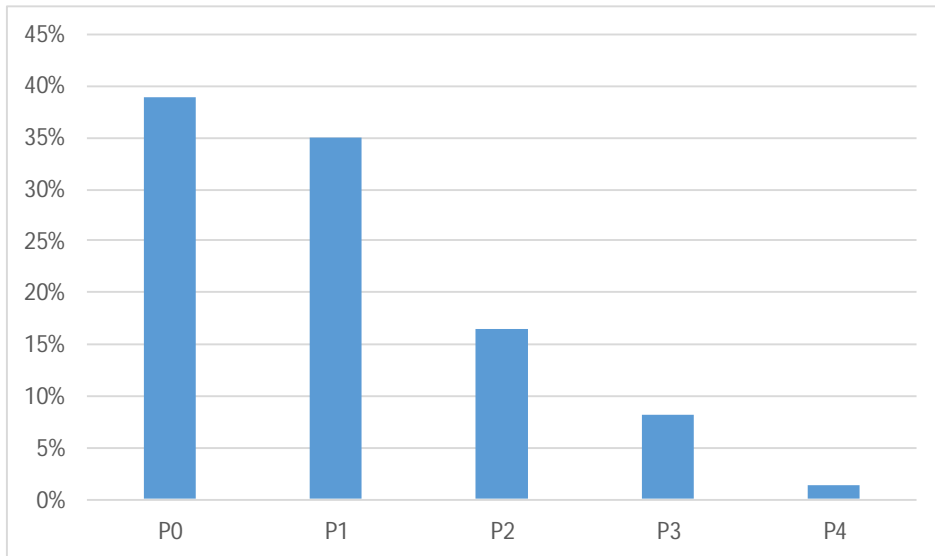


Figure 4: Parité

✕ **Niveau socio-économique :**

68,64% des femmes étaient de niveau socio-économique moyen, le reste 31,36% de niveau socio-économique bas. (Figure 5)

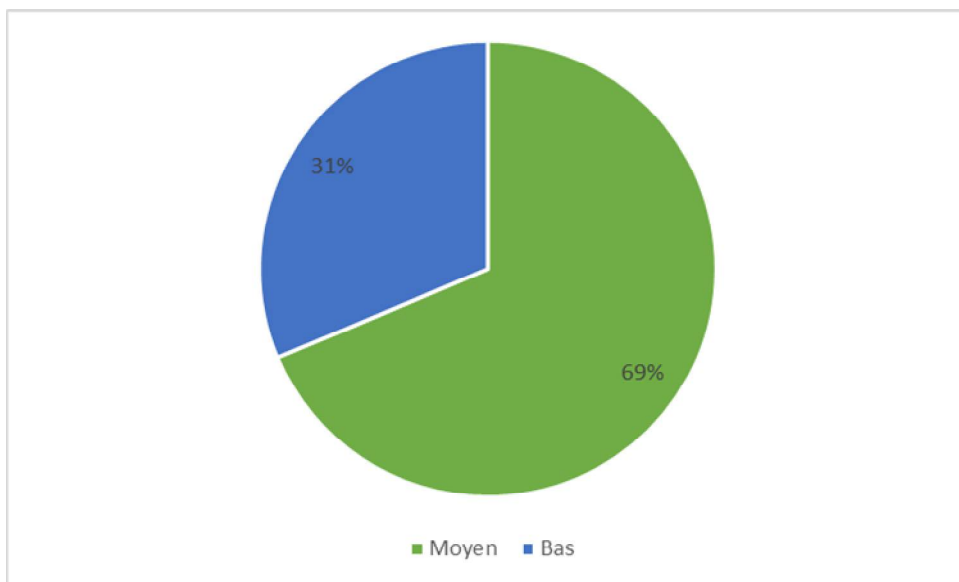


Figure 5: Niveau socio-économique des gestantes

▣ Niveau d'instruction :

93,12 % des femmes étaient scolarisées avec un niveau supérieur dans 27% seulement contre 66% réparties sur : primaire, collège, lycée. (Figure 6)

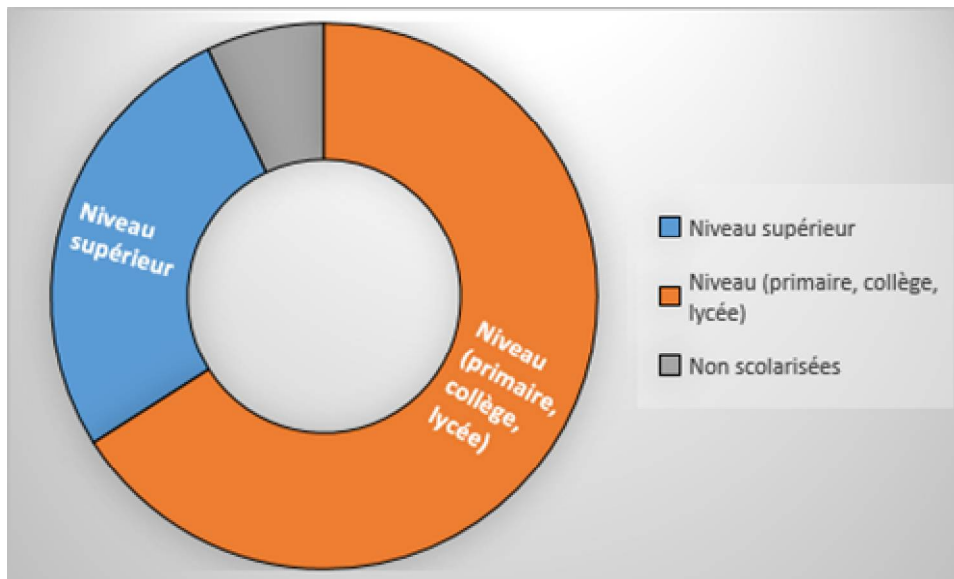


Figure 6: Niveau d'instruction des patientes

⌘ **Durée du mariage :**

La durée de la vie conjugale était d'une moyenne de 5,89 (médiane=5) avec des extrêmes de 3mois et 27 ans

Ce mariage était consanguin chez 16% des femmes, forcé chez 8,6% et par conviction chez 75,4%. (Figure 7)

Toutes les femmes étaient du premier lit.

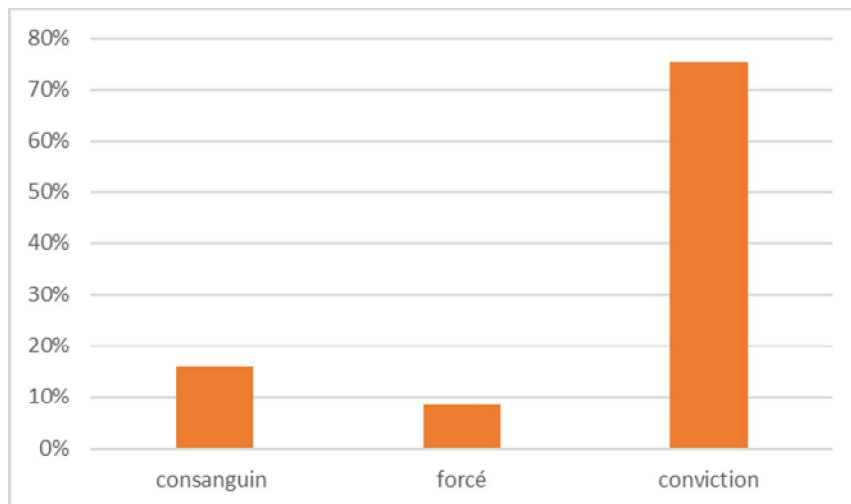


Figure 7: Le type de mariage

☒ Culture sexuelle :

L'enrichissement de sa propre perception sur la sexualité en vue d'une meilleure compréhension de ses besoins émotionnels, psychologiques et physiques garant d'une santé sexuelle, a été exprimé à travers la lecture dans 13% des cas et internet dans 11,7% des cas. (Figure 8)

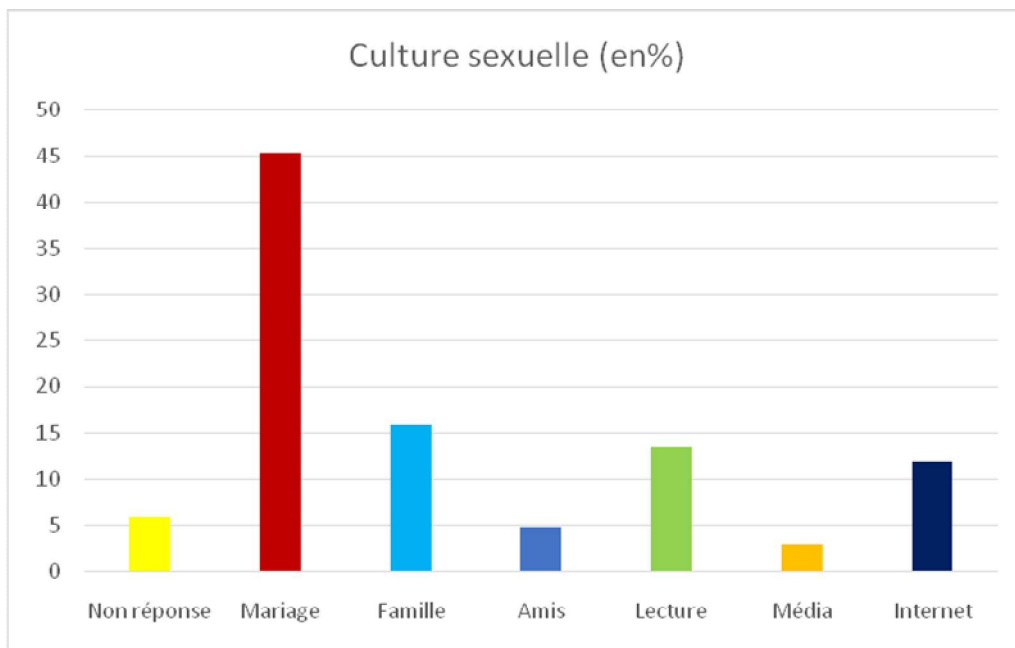


Figure 8: La source de la culture sexuelle des gestantes en %

☒ **L'âge gestationnel :**

L'âge gestationnel moyen de nos patientes était de 28 SA avec un pic entre 29SA-36SA. 59% des patientes étaient au 3ème trimestre de grossesse 33% au 2ème trimestre, et seulement 7,8% au premier trimestre. (Figure 9)

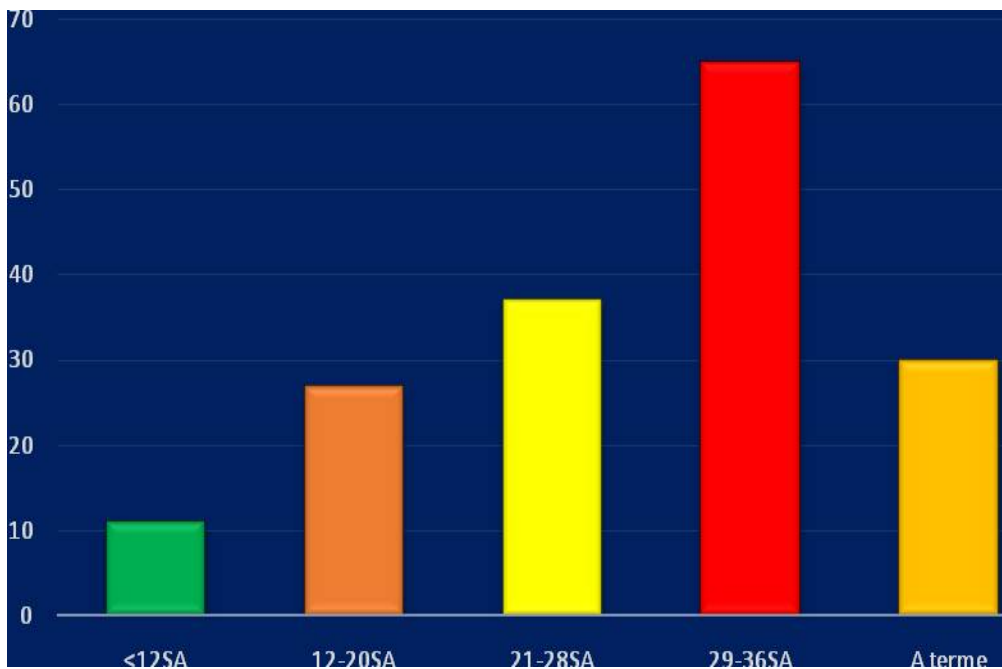


Figure 9: Répartition des gestantes en fonction de l'âge gestationnel

☒ **Les antécédents :**

Gynéco-obstétricaux :

- Infertilité retrouvées chez 10 patientes.
- Antécédent de perte fœtale :
- 17% des avortements
- 5% accouchement prématuré et mort fœtal in utero.

Médicaux/Chirurgicaux et Psychiatriques : Pour les pathologies pouvant interférer avec la grossesse sont récapitulé sur le tableau 1.

Tableau 2: Pathologies pouvant interférer avec la grossesse

	Diabète	HTA	An2mie	Hypothyroïdie	Troubles dépressifs	Troubles anxieux	Troubles Psychotiques
N	19	18	38	10	13	17	9
%	8,6%	8%	17%	4,5%	5,9%	7,7%	4%

2. Vécu psychique au cours de la grossesse :

L'humeur de nos patientes a été bouleversé au cours de la grossesse avec une expression d'anxiété dans 49% des cas, cette anxiété a été responsable d'une diminution des rapports sexuels chez 69 femmes (32%) et une diminution importante de la satisfaction RR = 1,66 (p<0,05)

Dans notre série, le sentiment de peur a été exprimés chez 45% des patientes, tout âge gestationnel confondu, qui a révélé une corrélation significative de la diminution des fréquences des rapports RR=1,28 ($p<0,05$) et une diminution de libido RR=1,31 ($0,1<p<0,2$) cette peur a été exprimée sous différentes formes ; peur d'un accouchement prématuré, peur de faire mal au bébé, de l'écraser, d'avoir un bébé malformé...

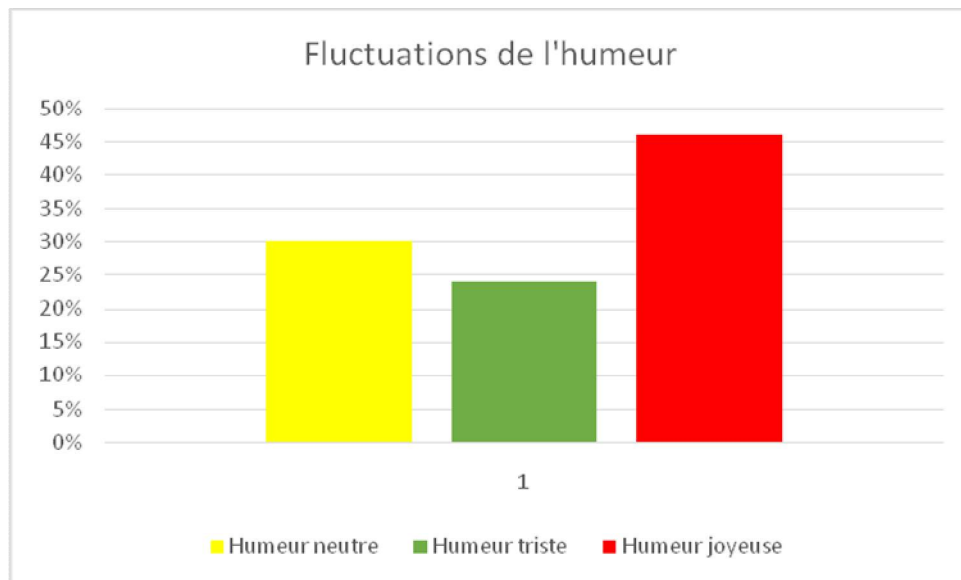


Figure 10: Fluctuations de l'humeur chez les gestantes

3-Les connaissances des patientes en matière de sexualité :

La quasi-totalité des gestantes estimait qu'il était possible d'avoir des rapports sexuels au cours de la grossesse. 5 % (figure 11) d'entre-elles pensaient que les rapports pouvaient être responsables de fausses couches.

Nous avons noté que 27% des femmes pensait que les rapports pouvaient être responsables d'infection, 24% des femmes pensaient que les rapports pouvaient être responsables de métrorragies.

Tandis que 40% n'ont aucune idée sur les conséquences possibles des rapports sexuels au cours de la grossesse. Cependant 93,8% continuent à avoir des rapports pendant cette grossesse (tableau 3).

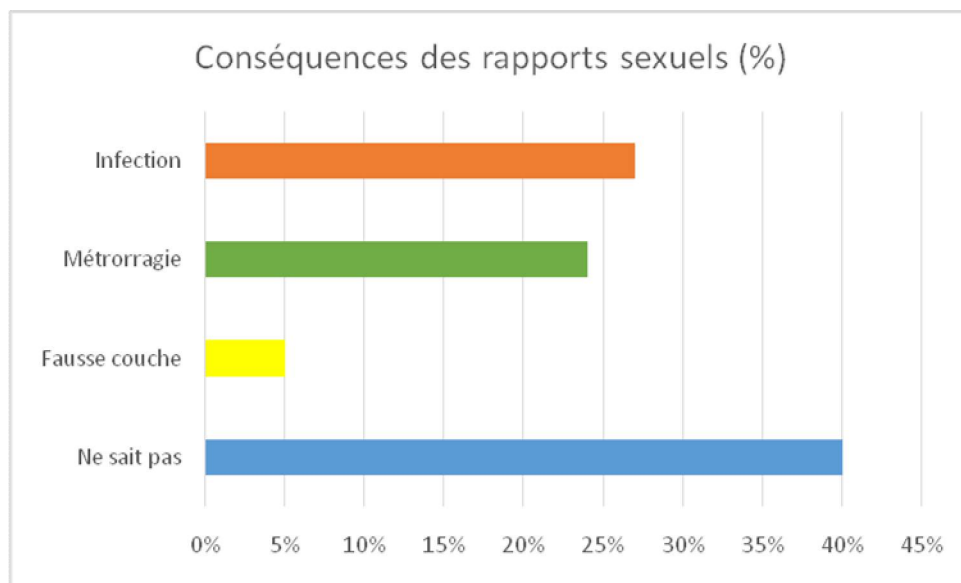


Figure 11: Conséquences des rapports sexuels pendant la grossesse

La raison essentielle pour la poursuite des rapports sexuels était la recherche du plaisir du mari dans 60,81% et dans 9,9% pour éviter l'infidélité et dans 20,16% pour préparer les voies génitales et faciliter l'accouchement. En revanche, le plaisir féminin n'a été exprimé que chez 5,33% des femmes.

L'inconfort au moment de l'acte sexuel dominait (51,82%) était significativement associé à la diminution de la satisfaction (RR=1,44 p<0,05) et à la diminution de la fréquence des rapports (RR=1,3 p<0,05) les raisons pour lesquelles la relation sexuelle été arrêté ou espacé pendant la grossesse (Figure 12).

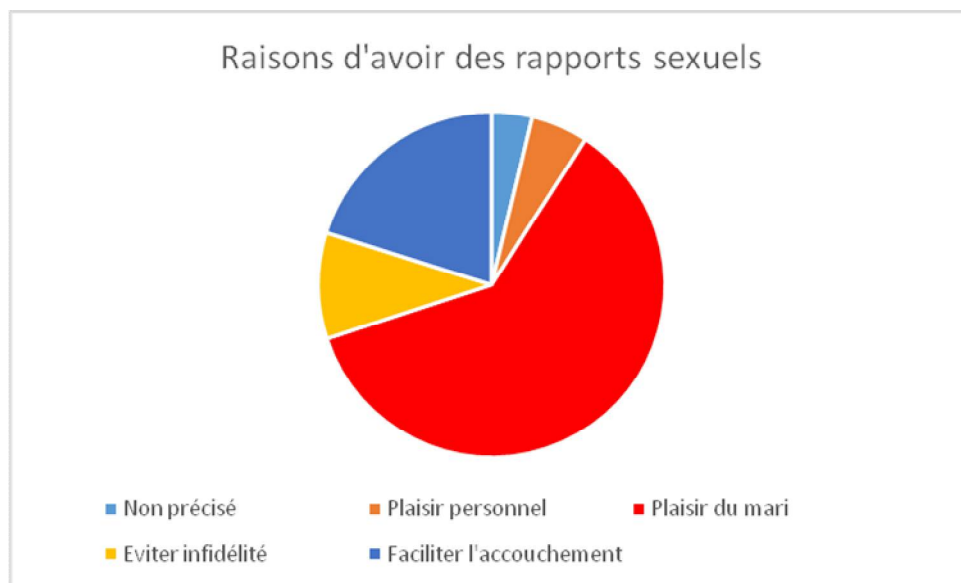


Figure 12: Raisons d'avoir des rapports sexuels

Tableau 3: Connaissances des patientes en matière de sexualité

Connaissances enquêtées	EFFEC TIF	%
Est-il possible d'avoir des rapports sexuels au cours de la grossesse ?		
Oui	207	93,8
Non	2	1,18
Ne sait pas	11	5
Quelles sont les raisons de ne pas avoir des rapports Sexuels pendant la grossesse ?		
Risque de fausse couche	3	
	0	3,6
		4
Risque d'infection fœtal	2	
	9	3,1
		8
Inconfort	1	
	14	1,8
		2
Contraction utérine à la fin de l'acte sexuel	4	
	7	1,3
		6

4. Vécu de la sexualité durant la grossesse : Tableau 4

Nous avons noté que la grossesse désirée impacte la libido, la satisfaction et le désir, les protégeant contre leur diminution respectivement ($RR=1,32$ $0,05 < p < 0,1$; $RR=1,77$ $p < 0,01$; $RR=1,42$ $p < 0,05$) comme elle augmente la libido ($RR=1,8$ $p < 0,05$)

Cinquante-huit pour cent des femmes ont présenté une diminution de la fréquence des rapports sexuels au cours de la grossesse, le nombre moyen de rapports sexuels hebdomadaires était > 3 dans 43 % des cas avec des extrêmes de 1 à 7 avant la grossesse.

Le désir sexuel chez les femmes avait diminué dans 50,9% des cas, ainsi que la satisfaction sexuelle qui avait diminué chez 49,59%. Un déclin de la fréquence d'orgasme a été retrouvé chez 37% des femmes tout âge confondu (figure 13).

L'influence de la grossesse sur l'orgasme féminin n'était pas significative tout au long de la grossesse avec une tendance vers la diminution au cours des 3 trimestres chez plus d'un tiers des patientes (dans 22 % au cours du T1, 37% au cours de T2 et 41% au cours de T3) (tableau 5).

La position dite du missionnaire (homme sur femme) et la position de la paresseuse (homme et femme sur le côté) étaient les plus pratiquées avec des fréquences respectives de 67,73% et 31,81%.

Le symptôme de douleur coïtal ou post coïtal a été décrit différemment par plusieurs femmes interrogées, en effet il a été constaté que la douleur avait augmenté dans 48,63% des cas, inchangé dans 21,81% et diminué dans seulement 29,54%. (Figure 14) Cet inconfort est assimilé par certaines comme à

des contractions, pour d'autres il s'agissait de douleur d'intromission, cause d'arrêt des rapports et d'anorgasmie chez la femme. Une autre douleur a été évoquée, celle liée à la pression sur la vessie depuis que le bébé s'était retourné qui s'exacerbe lors de la pénétration.

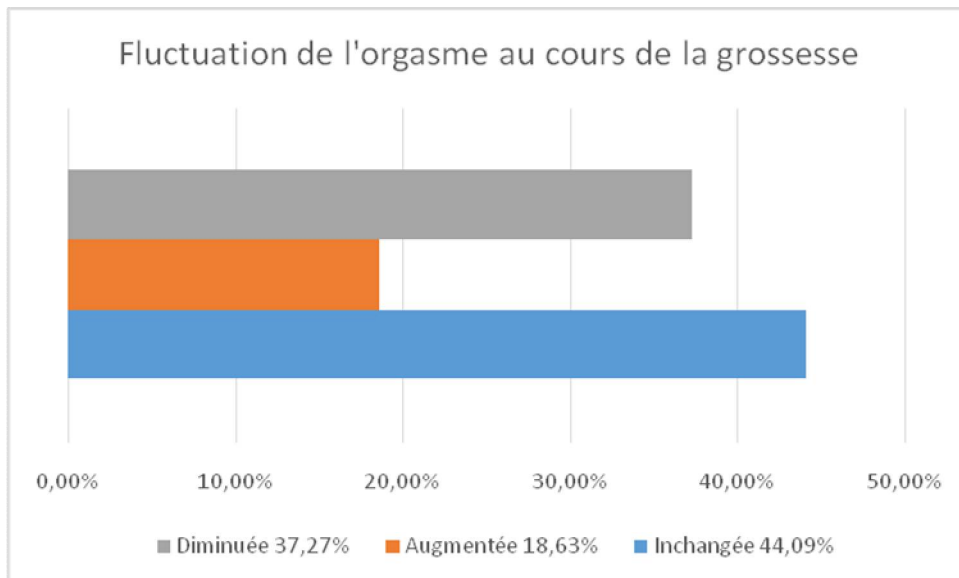


Figure 13: Fluctuation de l'orgasme au cours de la grossesse

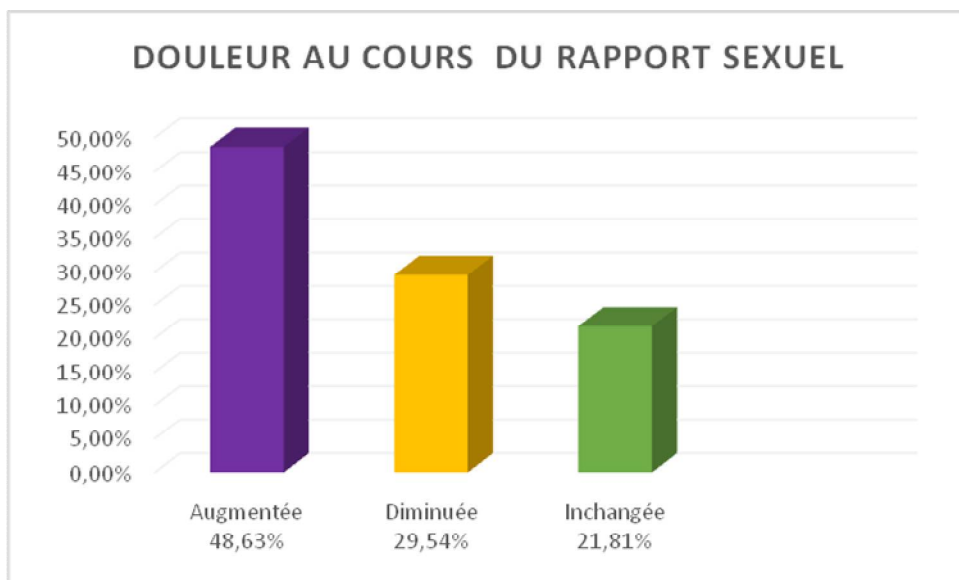


Figure 14: Douleur au cours du rapport sexuel

Tableau 4: Vécu de la sexualité par les patientes

	Effectifs	%
Libido		
Augmenté	51	23,18
Diminué	111	50,45
Inchangé	58	26,36
Désir sexuel		
Augmenté	47	21,36
Diminué	112	50,9
Inchangé	61	27,7
Fréquence des rapports		
Augmenté	24	10,9
Diminué	128	58,18
Inchangé	68	30,9
Satisfaction sexuelle		
Augmenté	33	15
Diminué	109	49,54
Inchangé	78	35,45
Douleur au cours du rapport sexuel		
Augmenté	107	48,63
Diminué	65	29,54
Inchangé	48	21,81
Position sexuelle		
Non précisé	8	3,63
Andromaque	6	2,72
Paresseuse	70	31,81
Missionnaire	149	67,73

Tableau 5: Influence de la période de la grossesse sur l'orgasme :

Orgasme	Premier trimestre		Deuxième trimestre		Troisième trimestre	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Augmenté	5	16,13	11	15,06	25	21,56
Inchangé	19	61,29	35	47,94	43	37,06
Diminué	7	22,58	27	37	48	41 ,38
Total	31	100	73	100	116	100



Discussion

VI- Discussion :

La sexualité occupe une place centrale au cœur de la vie des individus. Comme l'indique l'organisation mondiale de la santé (OMS) dans sa définition en 2002, elle ne se limite pas à son aspect reproductif, mais inclut également les notions d'érotisme, de plaisir et d'intimité. Elle est, par ailleurs, influencée par plusieurs facteurs [39, 40].

La grossesse est un moment particulier dans la vie des femmes et des couples. C'est une période engendrant de nombreuses modifications d'ordres physiques, psychologiques, mécaniques, hormonales, sociales et culturels. Cela peut influencer le comportement et la satisfaction sexuelle durant la grossesse [3, 6, 21, 41].

Plusieurs études insistent sur la grande variabilité de la sexualité durant la grossesse, d'un couple à l'autre, souvent non prise en considération dans les études parues : De l'épanouissement sexuel pour certains à l'absence de relations sexuelles pour d'autres, comment s'y repérer ? Evoquer cette question avec les couples durant la grossesse c'est rassurer si nécessaire, c'est leur permettre de rendre possible une sexualité épanouie [23, 25, 35,41].

Master et Johnson nous invitaient déjà en 1968 à réfléchir sur le thème de la sexualité durant la grossesse, faisant preuve d'une modernité inouïe [24].

Depuis plusieurs études ont enrichis la littérature mondiale, 1105 articles ont été publiés entre 1995 et 2017, ont analysé la sexualité dans tous ses aspects de préciser les différents facteurs psychologiques, physiques qui peuvent l'influencer, les anomalies observées, les causes habituelles de dysfonction sexuelle [21, 41-44].

Toutes les études insistent sur :

- L'intérêt de la sexualité pendant la grossesse.
- La transformation de l'image du corps évolue au fur et à mesure que la grossesse progresse, entraînant un profond changement dans la perception qu'ont les femmes de leur sexualité.
- Les causes habituelles de dysfonction sexuelle sont nombreuses, personnelles, interpersonnelles, psychologiques et biologiques.

1. Vécu psychique des femmes :

En effet, Il y a souvent des fluctuations de l'humeur qui traduisent le besoin et la recherche d'amour durant cette étape de transition vers la maternité. Cette quête altère la libido, et le désir. Les changements hormonaux durant la grossesse peuvent participer à ces modifications du caractère de la future mère[4, 45].

Par ailleurs, Sydow explique la relation négative entre symptômes psychiques, dépression, labilité de l'humeur pendant la grossesse et intérêt sexuel, satisfaction et activité coïtale [46].

Le panel des émotions de la gestante est large, et le passage d'une émotion à l'autre parfois très rapide ! Pêle-mêle, voici des sentiments fréquemment partagés parmi les gestantes :

- La joie, l'excitation d'être enceinte ;
- La fierté de porter la vie ;
- La crainte qu'un problème survienne durant la grossesse ;
- La peur de ne pas être une bonne mère ;
- La crainte de l'accouchement ;

- Un sentiment de sérénité, d'accomplissement ;
- Un sentiment de frustration, surtout en fin de grossesse, de ne plus pouvoir se mouvoir facilement par exemple, ou de venir dépendant de son mari pour certains aspects de la vie quotidienne ;
- Une irritabilité ;
- Un certain mal-être face aux changements du corps (prise de poids notamment)
- Un esprit distrait, la tendance à oublier certaines choses ;
- Une certaine impatience, surtout en fin de grossesse ;
- Des réactions exacerbées face aux commentaires extérieurs (sur la prise de poids, le prénom du bébé, la future organisation avec le travail, etc...) ;
- La peur de perdre une certaine complicité avec son mari, etc.

Dans notre étude, les fluctuations d'humeur ont marqué 70% des femmes dont 46% ont formulé avoir des périodes d'exaltation de l'humeur, et 24% souffre de sentiment de solitude, de replis sur soi, d'agacement, de dégoût de leur conjoint, d'autres ont remarqué que certains traits de leur personnalité comme la susceptibilité, ou l'impatience pouvaient parfois être exacerbés.

Statistiquement, l'humeur triste a influencé la libido tout en la réduisant (RR=1,28 ; $0,1 < p < 0,2$), ainsi que la satisfaction et le désir (respectivement RR=2,03 ; $p < 0,001$ / RR=1,44 ; $p < 0,01$), la fréquence des rapports a diminué (RR=2,03 $p < 0,001$) à raison d'un rapport par semaine moyennement. Tout en empêchant l'augmentation de la libido (RR=2,33 ; $p < 0,05$). Par contre il y avait aucune corrélation avec l'humeur joyeuse.

2-Vécu sexuel des femmes pendant la grossesse :

a-Fréquence des rapports sexuels :

Toutes les études antérieures qui ont évalués la fréquence des rapports avant et durant la grossesse ont montré une diminution de la fréquence sexuelle au cours de la grossesse [4, 47-59]. (Tableau 6)

Tableau 6: Fréquence des rapports sexuels avant et durant la grossesse

		(GULSEN. E) Turquie [47]	(Bartellas) Canada [58]	(Bouzouita) Tunisie [4]	(Wing Fok) Chine [50]	(Kouakou K.P) Cote d'ivoire [52]	(J.Adinma) Nigeria [59]	(B.Dao) Burkina Fasso[55]	Notre étude
Fréquence des rapports sexuels	Diminution		71%	63%	93%	87,6%		52%	58%
	Diminution progressive durant le 3T	X	X	x	x	x			Légère augmentation au T2et T3 p/r T1
	F. avant /sem	2,02+0,7/sem		3,5+2,6			2,3/se		>3/se 43%
	F. durant	1,51+0,6/sem		2,2+1,9			1,5/se	2/sem	2/s
	Absti (T3)	12,3% [12]		4%					1,2%
	Dysf.(T3)	45%		70%					

Parmi toutes les études publiées entre 1995 et 2019, on trouve des femmes qui ont décidé d'abstenir des rapports sexuels durant la grossesse pour plusieurs craintes et doutes et d'autres ont choisi de continuer les rapports sexuels pour garder l'harmonie du couple, faire plaisir au conjoint, éviter son infidélité faciliter l'accouchement ou pour son plaisir. (Tableau 7)

Tableau 7: Raisons pour continuer ou pas à avoir des rapports sexuels

	K.P.Kouakou [51] (cote d'ivoire)	Bouzouita[4] (Tunisie)	Orji [57] (Nigeria)	Notre étude (Maroc)
Fréquence des gestantes ayant des rapports sexuels pendant la grossesse	89%	96%	100%	98,8%
Fréquences des gestantes n'ayant pas eu de rapports sexuels pendant la grossesse	11%	4%	0%	1,2%
Raisons pour ne pas avoir des rapports sexuels pendant la grossesse	Peur de faire mal au fœtus 41% Fausse couche 27,3% Infection 18,1% L'inconfort 13,6%	Gêne physique d 52,3 % suivie Manque d'intérêt 17,4 % Peur de traumatiser le fœtus 17,4 %	Peur de fausse couche 12% Inconfort 6% Infection 8% Peur de nuire au fœtus 12% Nausée et vomissements 30% Maladresse physique 20% Rupture de la membrane 8% Fatigue 10% Manque d'intérêt 10%	Risque de fausse couche 13,64% Risque d'Infection 27% L'inconfort 51,82% Contraction utérine à la fin de grossesse 21,36% Peur 38% (d'écraser le fœtus ...)
Raisons pour continuer à avoir des rapports sexuels pendant la grossesse	L'harmonie du couple 34,4% Eviter l'infidélité du conjoint 21,7% Faciliter l'accouchement 8,9% La recherche du plaisir personnel 7,9%	L'harmonie du couple 33,3% Satisfaction du conjoint 18,8% Eviter l'infidélité 13,5% Faciliter l'accouchement 4,2% Protéger la relation 5,2% Expression d'amour 6,3%	L'harmonie du couple 20% Eviter l'infidélité 3% Faciliter l'accouchement 6% Plaisir féminin 16%	<u>Plaisir du mari</u> 60,81% Eviter l'infidélité 9,9% Facilité l'accouchement 20,16% Plaisir féminin 5,5%

Pendant longtemps on a cru que les prostaglandines contenues dans le sperme causeraient des menaces ou des accouchements prématurés. Plusieurs auteurs ont montré qu'en dépit du fait que l'absorption des prostaglandines soit très augmentée pendant la grossesse, la quantité absorbée, après éjaculation lors des rapports sexuels, ne paraît pas suffisante pour causer des contractions susceptibles de provoquer le travail[60] .

Plusieurs facteurs engendrent la crainte d'avoir des rapports sexuels[22] .

- 1) Peur de causer la rupture prématurée des membranes (2,6 % à 54 %)
- 2) Peur d'affecter la grossesse ou de créer des complications (5,9 % à 79,8 %)
- 3) Peur de causer des saignements (7,3 % à 74,8 %)
- 4) Peur des infections (4 % à 60,7 %)
- 5) Peur de faire mal au fœtus (12 % à 86,9 %)
- 6) Peur de faire mal à la mère (4 % à 55 %) et peur de l'inconfort et/ou de la douleur (6 % à 63 %)

La plupart de ces peurs augmentent au fil de l'avancement des trimestres [1, 58, 61] .

Dans notre étude, les femmes rapportaient une baisse de l'activité sexuelle avec une fréquence des rapports sexuels diminués dans (58%) des cas tout âge gestationnel confondu.

Cette baisse est plus marquée au premier trimestre, avec une légère augmentation au cours du deuxième et troisième trimestre, néanmoins la fréquence des rapports reste inchangée dans presque un tiers des cas avec une moyenne de 2 rapports par semaine.

Cette situation s'explique, d'une part, par les signes sympathiques du premier trimestre dominés par les vomissements, l'inconfort et la fatigue dus à la surcharge pondérale au troisième trimestre d'autre part.

La raison essentielle pour la poursuite des rapports sexuels était la recherche du plaisir du mari dans 60,81% qui a objectivé statistiquement aucune corrélation et dans 9,9% pour éviter l'infidélité (RR=1,8 $p<0,05$) et dans 20,16% pour préparer les voies génitales et faciliter l'accouchement. En revanche, le plaisir féminin n'a été exprimé que chez 5,33 % des femmes qui a révélé une corrélation significative pour l'augmentation de la libido, la satisfaction, la fréquence des rapports et le désir exprimé respectivement (RR=4 $p<0,001$; RR=5 $p<0,001$; RR=4 $p<0,05$; RR=3,5 $p<0,001$) comme pour protéger contre la diminution de la libido (RR=2,32 $p<0,001$).

Les 27% des femmes pensaient que les rapports pouvaient être responsable d'infection, ont marqué une corrélation négativement significative pour la libido RR=1,33($p<0,05$), la satisfaction RR=1,60($p=0,05$) et la diminution des fréquences des rapports RR=1,40($p<0,05$)

24% des femmes qui pensaient que les rapports pouvaient être responsable de métrorragies ont révélé une diminution de fréquence de rapports et de la satisfaction exprimés respectivement RR=4,6 $p<0,05$ et RR=1,57 $p<0,05$.

L'inconfort au moment de l'acte sexuel dominait chez 51,82% des patientes. Il était significativement associé à la diminution de la satisfaction (RR=1,44 $p<0,05$) et à la diminution de la fréquence des rapports (RR=1,3 $p<0,05$) les raisons pour lesquelles la relation sexuelle été arrêté ou espacé pendant la grossesse.

La réduction des activités sexuelles et la diminution de la libido par peur et anxiété pendant la grossesse sont très fréquentes. (Respectivement $RR=1,28$ $p<0,05$; $RR=1,31$ $0,1<p<0,2$).

A tout âge gestationnel confondu, 38% seulement de femmes avaient peur d'avoir des rapports sexuels.

Cette peur a été exprimée différemment par les gestantes, peur d'un accouchement prématuré, de faire mal au bébé, d'écraser le bébé, d'avoir un bébé malformé.

b. La satisfaction envers la relation de couple :

Les femmes épanouies sexuellement étaient significativement plus heureuses que celles ne se disant pas épanouies. La manière de poser la question peut induire un biais. En effet, socialement, il est difficile d'admettre que l'on se sent malheureux pendant une grossesse. La seconde hypothèse serait que l'épanouissement sexuel aurait un effet sur l'état global d'une personne mais la variation de bonheur serait trop faible pour être évaluée par le type de choix multiples proposé.

Une revue de la littérature nous rapportait qu'une sexualité jugée satisfaisante est un des cinq premiers facteurs favorisant « les probabilités de combiner mariage et parentalité avec succès » [62].

c. Initiation sexuelle :

Paramètre non étudié dans notre questionnaire, cependant selon la littérature certains auteurs ont noté qu'avant la grossesse l'initiative revenait aux deux partenaires, alors qu'au cours de la grossesse, l'homme était plus entreprenant. L'initiation des rapports sexuels est variable selon les études. (Tableau 8)

Tableau 8: L'initiation des rapports sexuels au cours de la grossesse

	Gulsen.E Turquie [47]	Bouzouita Tunisie B [4]	Shajaa .M Iran [54]	Kouakou K.P Cote d'ivoire [51]	Adinma. J Nigeria [59]	Dao B Burkina Fasso [55]	Naim et Bhutto Pakistan [53]
Initiation au rapport	42,1% Mari	57% mari	96% mari	63,5 % Conjoint	41,6% Conjoint	63% Conjoint	44% mari

d. Désir sexuel/libido/intérêt sexuel :

La plupart des études ont montré des variations de désir sexuel au cours de l'évolution de la grossesse :

1. La baisse du désir :

La grande majorité des études mondiales ont montré cette baisse graduelle du désir sexuel au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse. [2, 4, 6, 22, 37, 47, 48, 50, 51, 58, 63, 64] (**Tableau 9**)

Les causes de la baisse du désir sont multiples et souvent liées entre elles.

Plusieurs tendances se distinguent :

✓ **Au 1er trimestre** : la fatigue et les nausées sont citées dans 72% des cas.

Cette baisse peut être expliquée en partie par l'augmentation du taux sanguin de la progestérone. En effet, une action de cette hormone est sa contribution dans le phénomène de la somnolence des femmes enceinte. Cet aspect est important car permet aux femmes de respecter le nouveau rythme de vie imposé par la grossesse. L'effet sédatif peut aussi conduire, dans certains cas, à une somnolence sexuelle[64] .

✓ **Au 2e trimestre** : la fatigue est encore évoquée mais pour 40% des femmes. Les modifications physiques apparaissent comme cause de cette baisse de désir. Les parents semblent prendre conscience de la présence du fœtus à cette période et ainsi 3% des hommes refusent toute relation avec leur partenaire.

✓ **Au 3e trimestre** :

- les raisons restent les mêmes, et 29% de femmes signalent des dyspareunies.
- l'accouchement s'approche et cela conduit à des nouvelles préoccupations [64].

2. La hausse du désir :

Les causes de la hausse du désir : si ce type d'évolution est plus rare, il concerne tout de même 21% des femmes au 1er trimestre, 31% au 2e et 21% au 3^e. Les raisons évoquées sont des pulsions inexplicables (75%) et/ou une sensation de bien-être (32%) [22].

Les auteurs expliquent cette variabilité entre les femmes par différents facteurs : l'acceptation ou pas de la grossesse, le désir de conserver l'attention du mari, l'état de santé et de bien-être et les modifications psychologiques chez la future maman. [64].

Dans notre étude, le désir sexuel chez les femmes avait diminué dans 50,9% des cas, il ne change pas chez 27,7 %, il augmente chez 21,36 %.

Cette diminution est expliquée, par un mauvais état physique (nausée, somnolence, fatigue), par la peur de faire mal au fœtus pendant le coït et par la difficulté psychologique à intégrer l'image de l'enfant dans l'équilibre affectif de la relation de couple.

Tableau 9: Variations du Désir au cours de la grossesse entre différentes études

		Gulsen.E Turquie [47]	Dc Judicibus et Mc cabe Australie [48]	Bartellas Canada [58]	Bouzouita Tunisie [4]	Wing Fok Chine [50]	Shajaa .M Iran [54]	Kouakou K.P Cote d'ivoire [51]	Notre étude Maroc
Désir	Diminution	55,9%	75% (T3)	58%	64%	60%	73%	81,6%	50,9%

e. Satisfaction sexuelle /orgasme/coït :

Plusieurs études analysées ont montré globalement une diminution progressive du niveau de la satisfaction dans les rapports sexuels pendant toute la grossesse. [22, 48, 51, 55, 56, 58, 63, 64] (Tableau 10)

Cependant cette baisse de satisfaction a été expliquée par plusieurs auteurs par une baisse du désir sexuel, un inconfort durant les rapports, les craintes d'un éventuel danger des rapports pour la grossesse et le fœtus[63] [4, 52, 65-67].

La baisse de satisfaction liée à la diminution de désir, de plaisir et d'orgasmes ne paraît pas porter atteinte à l'entente au sein des couples. Cette dernière est satisfaisante voire très satisfaisante pour 92% et 94% des femmes dans chacune des périodes étudiées [22].

Par ailleurs, à travers notre entretien avec les femmes on a pu soulever que très peu d'entre elles affirment une perte complète du désir sexuel et de la satisfaction sexuelle durant le troisième trimestre.

Dans notre série, les réponses des gestantes étaient variables et confuses entre intensité, fréquence d'orgasme ou qualité de l'orgasme. 37% des femmes interrogées ont rapporté une baisse de leur satisfaction, elle avait diminué de

23% au premier trimestre à 41% au troisième trimestre, tandis que pour presque la moitié des gestantes en deuxième trimestre leur satisfaction a été signalée comme inchangé.

Enfin, la perception de la satisfaction sexuelle variait donc d'une gestante à l'autre.

Tableau 10: Variations de la satisfaction au cours de la grossesse entre différentes études

		Dc Judicibus et Mc cabe Australie [48]	Bartellas Canada [58]	Wing Fok Chine [50]	Kouakou K.P) Cote d'ivoire [51]	Dao B Burkina Fasso [55]	Notre étude Maroc
SATISFACTION	Diminution (1/2 Population)	X	X 44%	X 66,8%	X 54,7%	X 63%	X 49,6%
	Inchangé pour ½	X	X	X	X	X	35,4%

Les facteurs influençant la sexualité :

L'insatisfaction a été remarquée chez 49,6% des femmes surtout à la fin du troisième trimestre, cette baisse a été attribuée à plusieurs facteurs : (**Tableau 11**)

- Des facteurs en rapport avec l'acte sexuel recueilli grâce aux expressions libres des femmes, on peut en citer : les crampes douloureuses localisées à la ligne médiane du bas-ventre, la nouvelle forme avec le ventre plein, la perception négative de la part de son mari, les mouvements fœtaux et enfin la contraction utérine en fin du rapport ; tous ces facteurs peuvent estomper la sensation agréable [2, 3, 47].

- Des facteurs en dehors de l'acte sexuel comme des céphalées, insomnie, conflit conjugal, antécédent d'avortement ou d'accouchement prématuré. L'infertilité (primaire ou secondaire) a été retrouvée chez 10 patientes (4%), 5 d'entre elles ont connu une baisse de leur activité sexuelle(satisfaction et fréquence des rapports), l'infertilité reste alors une source d'anxiété, cette constatation reste conforme aux données de la littérature qui représente en général l'infertilité comme une expérience délétère pour la sexualité aussi bien féminine que masculine, même si les répercussions ne sont pas identiques d'un sexe à l'autre, avec des conséquences sur la dynamique du couple [33].

➤ Pour 44% la fréquence d'orgasme a été répertorié comme inchangé, chez cette catégorie des femmes, la plupart d'entre elles exprime que les activités de substitution (masturbation réciproque, attouchements, et stimulation manuelle peuvent être utiles dans plusieurs moments pour atteindre leur plateau même avec une durée écourtée du rapport comme ça été affirmé par certaines.

➤ 18,63% des gestantes ont vu leur désir et leur satisfaction s'élever ainsi que celle de leur mari au cours de la grossesse, cela grâce à la contribution de nombreux éléments, les plus cités par les femmes sont :

- Une humeur plutôt stable
- L'entente conjugale
- Un mari compréhensif
- Une grossesse désirée qu'elle soit programmée ou non

Tableau 11: Facteurs influençant la sexualité des gestantes :

	(GULSE N.E) Turquie [36]	(De Judicibus et McCabe) Australie [48]	(Bartellas) Canada [58]	(Bouzouita) Tunisie [4]	(Wing Fok) Chine [50]	(Shajaa . M) Iran [43]	(Kouakou K.P) Cote d'ivoire [51]	(J.Adinma) Nigeria [48]	B.Dao Burkina Faso [55]	Notre étude Maroc
Vomissement	X					X				X
Tension mammaire			X							
La fatigue	X	X								X
Les insomnies						X				X
Difficulté à l'adaptation au volume abdo	X [33]					X				
Inconfort et douleur	X		X	X	X					X
Prise du poids										
Modification de l'image corporelle					X					
Niv socio-économique				X						
Religion	X									
Niveau d'éducation						X[26]				
Temps du travail					X					
Age maternel						X [26]				
Age gestationnel					X	X				
ATCD médicaux					X [45] [30]					
ATCD chirurgicaux				X	X					
Ancienneté du couple						X [26]				
Communication au sein du couple				X						
Qualité orgasmique	X									
Niveau du désir sexuel	X [13] [43]			X						X
Dépression		X			X					
Difficulté à associer sexualité et maternité						X				
Peur et croyances	X [13]		X	X	X [28]					X
Désintérêt à la sexualité	X					X		X [44]		

f. Douleurs au cours du rapport sexuel :

Les femmes ressentent plus de douleurs coïtales avec la progression de la grossesse. Les douleurs post-coïtales sont souvent caractérisées comme des sensations de contractions dans les secondes suivant l'orgasme[68] .

Cet inconfort a été remarqué chez 6,5 % à 68,8 % des femmes [1].

Cette douleur peut être aggravée par une sensibilité clitoridienne ou bien une sécheresse vaginale. Étant donné la dimension intime de ces désagréments, souvent ils ne deviennent pas objet de discussion avec le partenaire, ce qui peut créer des malentendus et des hostilités dans le couple[64, 69].

Dans notre étude cette douleur a significativement augmenté (48%) tout au long de la grossesse ce qui concorde avec les données de la littérature.

Ces douleurs ont été manifesté sous plusieurs formes, parfois comme des douleurs ligamentaires, sciatalgies, des douleurs coïtales d'intromission (dyspareunies superficielles) expliquées par une sécheresse vaginale, par défaut de lubrification, par manque de préliminaires, d'autres ont noté des brûlures mictionnelles post-coïtales et enfin les contractions utérines en post coïtales pouvant être responsables d'une baisse de leur plaisir sexuel.

g. Les positions sexuelles :

Il a été stipulé que plusieurs études ont affirmé que la position du missionnaire vivait un déclin pendant la grossesse tandis que d'autres ont démontré que cette même position était la position préférée des couples au moins jusqu'au 2ème trimestre.[51, 55] [1, 4, 54, 58, 63]. (Tableau 12)

Tableau 12: La position la plus adoptée au cours de la grossesse

		Bartella Canada [58]	Bouzouita Tunisie [4]	Wing Fok Chine [50]	Shajaa . M Iran [54]	Kouakou K.P Cote d'ivoire [51]	B. Dao Burkina Fasso [55]	Notre étude
Position la plus adoptée	28% ont changé de position	Missionnaire 60,4%	Missionnaire 67,6%	Change-- ment pour majorité	Missionnaire puis latéral	Missionnaire puis latéral	Missionnaire 67,73% puis paresseuse	

Toutefois et contrairement à notre étude, certains auteurs ont trouvé : une augmentation marquée des positions sexuelles dites non porteuses de poids (non-weight bearing), soit les positions côte à côte et par derrière [1] .

Selon une étude, 32% des couples modifient leurs habitudes sexuelles, notamment par la découverte de nouvelles positions sexuelles : 27% choisissent les positions latérales et abandonnent les positions « traditionnelles » du missionnaire et d'Andromaque (retrouvées respectivement chez 80% et 59% des couples en dehors de la grossesse) [22].

Les positions sexuelles : avec la grossesse qui avance, certaines risquent de devenir inconfortables comme la missionnaire et l'Andromaque au profit de la paresseuse selon certaines études [1]. En tout cas, avec du bon sens et un peu de curiosité, les couples arrivent à trouver les positions les plus confortables [33].

Il ressort de notre étude que la position préférée par nos couples était la missionnaire dans 67,73%, suivie de position de la paresseuse dans 31,81%.

h. Infidélité et affaires extraconjugales :

Cette peur d'infidélité a été rapportée comme assez répandue. Il semblerait aussi que des rêves ou cauchemars soient fréquemment associés à cette peur. Shrock a cité comme exemple, la peur de ne pas être une bonne mère, de ne pas bien répondre aux besoins de son conjoint, que ce dernier soit attiré par d'autres femmes et soit infidèle [5].

Pour sa part, l'étude de Whisman auprès de 2291 individus, dont 1041 hommes, a noté que l'infidélité est plus élevée chez les hommes qui ont une femme enceinte que chez les hommes sans partenaire enceinte, faisant du statut de grossesse de la femme un facteur qui prédit l'infidélité chez l'homme [1].

Dans une autre étude, Perkins aborde les doutes et le sentiment d'insécurité masculine apparente sont liés d'une part aux changements physiques de la femme enceinte et d'autre part « Parce que beaucoup des aspects physiques de la grossesse lui sont cachés par son gynécologue ». C'est cette exclusion de l'intimité physique de la grossesse qui pourrait être la cause de l'éloignement et de sa conséquence logique: Chercher une satisfaction physique et affective auprès d'une autre partenaire [6, 38] [41].

3. Sexualité en post partum :

La naissance d'un enfant annonce une multitude de changements pour la femme et son conjoint. Le post-partum constitue aussi une période délicate dans la vie du couple. Malgré le temps mis à s'occuper du nourrisson, la fatigue et les douleurs périnéales de la femme, le couple a besoin de se retrouver dans l'intimité. Des difficultés sexuelles sont susceptibles d'apparaître et de fragiliser les liens du couple [41, 70-72].

En effet, la reprise des rapports sexuels est retardée compte tenue des pesanteurs socioculturelles et des idées préconçues. Cette sexualité est également influencée par les complications liées à l'accouchement, surtout aux épisiotomies, déchirures périnéales et aux extractions instrumentales qui sont responsables de dyspareunie. Ceci a eu pour conséquence une diminution de la satisfaction sexuelle des patientes. La préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale après accouchement pourraient constituer des moyens efficaces de prévention des troubles sexuels dans le post-partum[51] [41, 51, 70, 71].

Par ailleurs, pendant le post partum, l'intérêt sexuel est amoindri et désinvesti par la femme pour des raisons multiples. D'abord, le corps a été malmené (vulve dilatée, épisiotomie, anesthésie péridurale, intervention chirurgicale. . .), ce qui entraîne une modification de l'image du corps. Ensuite, des fluctuations de l'humeur avec le postpartum blues et les troubles de sommeil viennent perturber la vie psychique des femmes qui deviennent moins réceptives, il y a également des modifications cognitives avec plusieurs questions sur leur nouveau rythme de vie et leur performance pour le gérer et s'adapter à une vie à trois [5, 31, 70, 71].

4. Sexualité et professionnels de santé :

Le comportement sexuel et les dysfonctions possibles pendant la grossesse n'est pas un thème normalement abordé par le personnel médical et paramédical pendant la grossesse, sauf si la patiente ou le couple apporte lui-même des questions sur le sujet[5, 13, 73] .

Parler de sexualité pour un professionnel de santé peut être délicat en fonction de sa propre culture et de son propre rapport à la sexualité. Il peut être gêné d'aborder ce sujet, surtout s'il ne se sent lui-même pas à l'aise dans ce domaine. Plusieurs médecins rapportent alors ne pas se sentir « responsables » ou « ne pas avoir le temps » d'aborder les aspects sexuels de la grossesse [5].

Par conséquent, le niveau d'informations reste très limité pour ces couples, qui deviennent vulnérables à éprouver de l'anxiété et des désordres au niveau de leur satisfaction sexuelle [5, 74-76].

L'information est donc primordiale dans ce domaine. Elle n'est pas négligeable puisque des difficultés sexuelles causent souvent une diminution de l'harmonie entre les partenaires.

Si certaines interrogations sont facilement résolues par une information claire, d'autres font appel à des connaissances en psychopathologie et en sexologie. C'est pourquoi une collaboration entre les différents professionnels concernés est nécessaire.

Le médecin, la sage femme peuvent donc être amenés à suivre les femmes à différentes étapes : avant la grossesse, notamment lors de l'entretien pré-conceptionnel et pendant la grossesse lorsqu'il effectue le suivi. Il est, entre autres, impliqué dans la prescription des différentes sérologies, le dépistage du diabète gestationnel, la surveillance de la pression artérielle, le traitement des évènements intercurrents et en post-partum : allaitement, complications de l'allaitement, soins après épisiotomie, conseils de puériculture, etc. Au-delà de la prise en charge biomédicale de la femme enceinte, sa mission consiste aussi à répondre aux différentes interrogations que peuvent se poser les futurs parents : modification du désir, peur de "faire mal", changements d'humeur...



VII. Conclusion

Nous avons démontré dans ce travail, par une étude prospective que le déroulement de la grossesse reflète un processus mutatoire dans la sexualité d'une femme.

Cette période dite gravide perturbe le schéma corporel (handicap moteur et handicap d'image) comme affecte le comportement sexuel féminin, cette perception de maternité est éveillée contribuant à une diminution graduelle et progressive de la fréquence du coït, de libido, du désir, de l'orgasme et de la satisfaction.

Ces modifications dans le comportement sexuel peuvent s'expliquer par un ensemble de facteurs psychologiques, physiologiques et sociaux.

Par ailleurs, certaines croyances erronées peuvent être à l'origine d'une peur inhibitrice chez certaines femmes.

La grossesse influence négativement la sexualité des femmes enceintes. Une part de ce constat est modifiable par la prise en charge de certains facteurs influençant tels que les croyances et idées reçues. La prise en charge des femmes enceintes devrait intégrer systématiquement une information standardisée mais aussi personnalisée de la sexualité durant la grossesse par des professionnels de santé formés.

Cependant, il paraît certain que le fait d'instaurer un dialogue simple sur le sujet de la sexualité dès le début de la grossesse entre le médecin et le couple et entre le couple lui-même peut être de bons essors.



VIII . Résumé

Titre: Sexualité féminine et grossesse étude descriptive d'une série de 220 cas

Auteur: Ben omar Chaimae

Mots clés: grossesse; sexualité; libido; satisfaction sexuelle et grossesse.

La sexualité est le plus souvent déviée de son rôle reproducteur, et pourtant la sexualité et grossesse cohabitent.

Le but de cette étude est de dresser un portrait sexo-périnatal de 220 gestantes selon l'analyse de 10 variables sexuelles.

Nous avons mené une étude prospective, en distribuant un questionnaire pré-rempli à toutes les gestantes suivies en consultation prénatale.

La moyenne d'âge des gestantes était de 28 ans. 93,8% des gestantes continuent d'avoir des rapports sexuels pendant la grossesse. La poursuite de l'activité sexuelle a pour but le plus souvent le plaisir du mari 60,81%, éviter l'infidélité 9,9%, 20,16% pour faciliter l'accouchement et 5,5% pour le plaisir féminin. Les femmes interrogées estiment que les rapports sexuels peuvent avoir des conséquences sur la grossesse (5% fausses couches, 27% pour infection et 24% pour métrorragie et 40% aucune idée). Les raisons pour lesquelles la relation sexuelle été arrêté ou espacé pendant la grossesse sont l'inconfort 51,8%, risque de fausse couche 13,64%, risque d'infection fœtal 13,18% et 21,36% risque de contraction utérine en fin de grossesse. Malgré certaines exceptions, une certaine tendance à la baisse graduelle et progressive de la plupart des comportements sexuels et de l'expression sexuelle générale pendant la grossesse a été notée, que ce soit en matière de fréquence du coït, de libido, de désir sexuel, de satisfaction sexuelle. Un pour cent des gestantes ont recours au personnel médical pour s'informer sur la sexualité au cours de grossesse.

La grossesse influe négativement sur les pratiques sexuelles au cours de la grossesse. Les femmes enceintes sont mal informées. Le personnel soignant devrait pallier à ce déficit d'information en osant en parler au cours du suivi prénatal.

Abstract

Title : Female sexuality and pregnancy descriptive study of a series of 220 cases

Author: Ben omar Chaimae

Keywords: pregnancy ; sexuality ; libido ; sexual satisfaction in pregnancy.

Sexuality is most often deviated from its reproductive role, despite that sexuality and pregnancy coexist.

The aim of this study is to draw a sexo-perinatal portrait of 220 pregnant women according to the analysis of 10 sexual variables.

We ran a prospective study, analyzing the data from a questionnaire on pregnant women followed in prenatal consultation by the obstetric gynecology service of the HMIMV.

The average age of pregnant women was 28 years. All were of Muslim religion with 69% an average socio-economic level. 93.8% of pregnant women continue to have sex during pregnancy. The pursuit of sexual activity most often aims at the pleasure of the husband 60.81%, avoiding infidelity 9.9%, 20.16% to facilitate delivery and 5.5% for female pleasure. The women interviewed believe that sexual intercourse can have consequences on pregnancy (5% miscarriages, 27% for infection and 24% for metrorrhagia and 40% no idea). The reasons why intercourse was stopped or spaced out during pregnancy are discomfort 51.8%, risk of miscarriage 13.64%, risk of fetal infection 13.18% and 21.36% risk of contraction uterine at the end of pregnancy. Despite certain exceptions, there has been a decline gradual and progressive in most sexual behaviors and general sexual expression during pregnancy, whether in terms of coitus frequency, libido, sexual desire, sexual satisfaction unlike coital pain which has increased. One percent of pregnant women use medical staff to learn about sexuality during pregnancy.

Pregnancy negatively affects sexual practices during pregnancy. Pregnant women are uninformed. Healthcare workers should make up for this lack of information by daring to talk about it during prenatal care.

ملخص

العنوان: الحياة الجنسية والحمل دراسة وصفية لسلسلة من 220 حالة

من طرف: بن عمر شيماء

الكلمات الأساسية: الحمل، النشاط الجنسي، الرغبة الجنسية، الرضا الجنسي في الحمل.

غالبا ما تتحرف الحياة الجنسية عن دورها الإيجابي، ومع ذلك فالحياة الجنسية والحمل يتعايشان.

الهدف من هذه الدراسة هو رسم صورة للصحة الجنسية في الفترة المحيطة بالولادة، ل 220 امرأة حامل وفقا لتحليل 10 متغيرات جنسية.

أجرينا دراسة استطلاعية مع تحليل البيانات بواسطة استبيان استهدف النساء الحوامل اللواتي يراقبن حملهن في مصلحة أمراض النساء والتوليد في المستشفى العسكري محمد الخامس.

كان متوسط عمر النساء الحوامل 28 سنة. جميعهن كن مسلمات. 69% كن ذو مستوى اجتماعي واقتصادي متوسط. تواصل 93,8% من النساء ممارسة الجنس أثناء الحمل. غالبا ما يهدف السعي وراء النشاط الجنسي إلى إرضاء الزوج 60,81% وتجنب الخيانة الزوجية 9,9%، 20,16% لتسهيل الولادة و5,5% للمتعة الجنسية للحامل. تعتقد النساء أن الاتصال الجنسي يمكن أن يكون له عواقب على الحمل (5%: احتمال الإجهاض 27%: احتمال إصابة الجنين بتعفن، 24%: احتمال النزيف الرحمي و40% بدون فكرة). أسباب توقف الجماع أو تباعده هي عدم الراحة 51,8%، خطر الإجهاض 13,64%، خطر إصابة الجنين بتعفن 13,18% و21,36% خطر انقباض الرحم في نهاية الحمل. على الرغم من بعض الاستثناءات، كان هناك انخفاض تدريجي في معظم السلوكيات الجنسية والتعبير الجنسي العام أثناء الحمل سواء من حيث معدل تواتر الجماع، الشهوة الجنسية، الرغبة الجنسية، الرضا الجنسي على عكس ألم الجماع الذي ارتفع. واحد في المئة من النساء الحوامل يعتمدن على الطاقم الطبي للاستفسار على النشاط الجنسي أثناء الحمل.

يؤثر الحمل سلبا على الممارسات الجنسية أثناء الحمل وخاصة عند الحوامل غير المطلعات بشكل كاف حول الحياة الجنسية خلال الحمل. يجب على العاملين في مجال الرعاية الصحية تعويض هذا النقص في المعلومات من خلال الجراءة في التحدث عن ذلك أثناء مواعيد المتابعة الصحية قبل الولادة.



IX. Annexe

Fiche de renseignements

AGE :

Parité :

Niveaux socio-professionnels :

- Religion
- Profession
- Niveau culturel
- Culture sexuelle
- Niveau socio-économique
- Ville :
- Habitat : indépendant en commun

Mariage :

- Consanguin forcé par conviction
- Age du mariage
- Qualité des rapports sexuelles avant la grossesse
- Durée de la relation conjugale :

ATCDS :

- Médicaux :
- Chirurgicaux :
- Psychologiques :
- Gynécologiques :
- Obstétricaux :
 - MC :
 - G P , EV
 - Grossesse actuelle : spontanée désirée AMP
 - Age gestationnel

Vécu de la grossesse y compris les complications gravidiques :

1^{er} trimestre :

2^{ème} trimestre :

3^{ème} trimestre :

- Le vécu de la sexualité au cours de la grossesse ?

- Libido

*Diminué

*augmenté

*inchangé

- Satisfaction sexuelle au cours de la grossesse, vous êtes :

*Moins satisfaite

* Autant satisfaite

* Plus satisfaite

- Fréquence des rapports sexuels par rapport à avant la grossesse, vous avez :

*Moins de rapport

* Autant de rapport

* Plus de rapport

- Désir sexuel par rapport à avant la grossesse, vous avez :

* Moins de désir

* Autant de désir

* Plus de désir

- Positions

- Missionnaire (homme sur femme)
- La paresseuse (homme et femme le coté)
- L'andromaque (femme sur homme)

- Fréquence de vos orgasmes au cours de la grossesse, vous avez :

*Plus d'orgasme

*Autant d'orgasme

*Moins d'orgasme

- Douleurs au cours des rapports au cours de la grossesse par rapport à avant la grossesse, vous avez :

*Plus de douleurs

*Autant de douleurs

*Moins de douleurs

Avez-vous abordé le thème de la sexualité avec l'un des professionnels de santé qui suit votre grossesse ?

* Oui

* Non



X. Références

1. De Pierrepont, C., et al., *Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité–partie 1*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2016. **45**(8): p. 796-808.
2. Staruch, M., et al., *Sexual activity during pregnancy*. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*, 2017. **59**(1): p. 23-28.
3. Tramier D. Sexualité et grossesse *La Lettre du Gynécologue* 2005 ; 300 : 10-11.
4. Bouzouita, I., et al., *Sexuality of the Tunisian pregnant women: Facts between myth and reality*. *Sexologies*, 2018. **27**(4): p. e103-e109.
5. Saucier A. La sexualité pendant la grossesse : ose-t-on communiquer ? Université Du Québec À Trois-Rivières ; thèse de psychologie 2011.
6. Fuchs, A., et al., *Sexual Functioning in Pregnant Women*. *International journal of environmental research and public health*, 2019. **16**(21): p. 4216.
7. Kadri, N., K.M. Alami, and S. Berrada, *La sexualité au Maroc: point de vue de sexologues femmes*. *Sexologies*, 2010. **19**(1): p. 53-57.
8. Sanfilippo E. Sexualité pendant la grossesse : Regards croisés dans le couple. *Gynécologie et obstétrique*. 2017. ffdumas-01583051f.
9. Moscrop, A., *Can sex during pregnancy cause a miscarriage? A concise history of not knowing*. *Br J Gen Pract*, 2012. **62**(597): p. e308-e310.

10. Knibiehler, Y., *Grossesse et sexualité. Regards sur le passé*. Spirale, 2003(2): p. 19-27.
11. Lamrabet,A., *Conférence sur le "Maroc Pluriel" au Salon du Livre Québec*. 2018.
12. Lopès P, Poudat FX. Chevret-Measson. M. Manuel de sexologie 2e édition Physiologie de la réaction sexuelle féminine. Masson 2013 : 69.
13. Odekunmi Funke B. The Effect of Sex Education on Teenage Pregnancy among Secondary School Students in Ibadan Metropolis. Journal Of Humanities And Social Science 2013; 17:59-64.
14. Colson, M.-H., *L'orgasme des femmes, mythes, défis et controverses*. Sexologies, 2010. **19**(1): p. 39-47.
15. Adam, F., et al., *Comprendre l'orgasme féminin afin de mieux appréhender le trouble de l'orgasme chez la femme*. Sexologies, 2015. **24**(4): p. 155-162.
16. Gaboriau S. Etude rétrospective analytique de 108 patientes du Centre Hospitalo-Universitaire d'Angers : Modifications des pratiques sexuelles pendant la grossesse chez la femme. Université d'Angers, Mémoire 2014.
17. De Montigny, FP. De Montigny Gauthier, and E. Dennie-Fillion, *Sexualité et grossesse L'expérience des couples*. Perspective, 2015. **12**(1): p. 40-42.

18. Ganem M. La sexualité des couples pendant la grossesse. Manuel de sexologie 1ere édition. Masson. 2007 : 100-103.
19. Jones, C., C. Chan, and D. Farine, *Sex in pregnancy*. CMAJ, 2011. **183**(7): p. 815-818.
20. Burnett, M., et al., *Sexual and reproductive health counselling by health care professionals*. J Obstet Gynaecol Can, 2011. **33**(8): p. 870-871.
21. Thomas, E., C. Baumann, and L. Galliot, *Sexualité durant la grossesse: revue systématique*. La Revue Sage-Femme, 2019. **18**(6): p. 293-301.
22. Frey F. Grossesse et sexualité conjugale. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal- 01885933.
23. Lorson J. Sexualité et grossesse... : quand 1+1=3. Médecine humaine et pathologie. 2001. hal-01897533.
24. Master W, Johnson V. Grossesse et réponse sexuelle. Les réactions sexuelles. Ed Robert Laffont, Paris. 1975 : 161-189.
25. Canameras M. L'intérêt de donner une information sexuelle au cours du 1er trimestre de la grossesse et de son impact sur le comportement sexuel pré natal. Université Paris V - René Descartes Mémoire 2013.
26. Zard E. Représentations des femmes enceintes sur la sexualité pendant la grossesse. Attentes en termes d'informations sur le sujet. Thèse de médecine. Faculté de médecine, Paris Est Créteil 2015 N°2015UPEC1078.

27. Staruch M, Kucharczyk A, Zawadzka K and all Sexual activity during pregnancy. *Neuroendocrinol Lett* 2016; 37:101-106.
28. Lowenstein, L., S. Mustafa, and Y. Burke, *Pregnancy and normal sexual function. Are they compatible?* *The journal of sexual medicine*, 2013. **10**(3): p. 621-622.
29. Chavaz L ; Parisod M ; Chautems C. La sexualité des couples durant la grossesse. Mémoire de bachelor : Haute école de santé Genève. 2018.
30. Giami, A., *Sexualité, santé et droits de l'homme: l'invention des droits sexuels*. *Sexologies*, 2015. **24**(3): p. 105-113.
31. Fabre-Clergue, C. and H. Duverger-Charpentier, *Sexualité du postpartum*. *La revue Sage-femme*, 2008. **7**(6): p. 301-304.
32. Kontoyannis M, Katsetos C, Panagopoulos P. Sexual intercourse during pregnancy. *Health Science Journal* 2012; 6: 82-87.
33. Chaabane, K., et al., *Sexualité du couple lors de grossesse issue d'une procréation médicalement assistée*. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, 2013. **42**(3): p. 265-270.
34. Jarlier C. Parler de sexualité pendant la grossesse : enquête auprès de 174 accouchées du CHU Estaing de Clermont-Ferrand. *Gynécologie et obstétrique*. 2012. ffdumas-00767861f.
35. Nguyen, A. and B. Carbonne, *Sexualité pendant la grossesse*. *La Lettre du gynécologue*, 2012. **368**: p. 369.

36. Walther H. Désir et grossesse, sexualité de la femme enceinte. Les éditions du Toucan. 2008 : 185.
37. Pasini W. Vie sexuelle pendant la grossesse. In : Sexualité et gynécologie psychosomatique. Paris : Masson. 1974 :79-130.
38. Lansac, J., *Le grand livre de ma grossesse*. 2016: p 494 Editions Eyrolles.
39. Haut Conseil de la santé publique. Santé sexuelle et reproductive. Rapport 2016.
40. https://www.who.int/topics/sexual_health/fr/.
41. Nadjafizadeh, M., *Sexualité durant la grossesse et le post-partum*. Vocation sagefemme, 2010. **86**(87): p. 21-25.
42. Gerda, T., et al., *Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth*. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2006. **46**(4): p. 282-287.
43. Pauleta, J.R., N.M. Pereira, and L.M. Graça, *Sexuality during pregnancy*. The journal of sexual medicine, 2010. **7**(1): p. 136-142.
44. Basson, R., *Human sex-response cycles*. Journal of Sex & Marital Therapy, 2001. **27**(1): p. 33-43.
45. Ellouze, F., et al., *Relations entre sexualité, dépression et qualité de vie chez la femme Tunisienne enceinte*. Sexologies, 2017. **26**(4): p. 222-227.

46. Von Sydow, K., M. Ullmeyer, and N. Happ, *Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the Sexual Preferences Questionnaire*. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 2001. **22**(1): p. 29-40.
47. Eryilmaz, G., E. Ege, and H. Zincir, *Factors affecting sexual life during pregnancy in eastern Turkey*. Gynecologic and obstetric investigation, 2004. **57**(2): p. 103-108.
48. De Judicibus, M.A. and M.P. McCabe, *Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women*. Journal of sex research, 2002. **39**(2): p. 94-103.
49. Aslan, G., et al., *A prospective analysis of sexual functions during pregnancy*. International journal of impotence research, 2005. **17**(2): p. 154-157.
50. Fok W, Chan L, Yuen P. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstet Gynecol Scand 2005. **84**(10): p. 934-938.
51. Kouakou, K., et al., *Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2011. **40**(1): p. 36-41.
52. Yangin, H.B. and K. Eroğlu, *Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in Southwestern Turkey: A qualitative study*. Journal of sex & marital therapy, 2011. **37**(3): p. 190-205.

53. Naim, M. and E. Bhutto, *Sexuality during pregnancy in Pakistani women*. Journal-Pakistan Medical Association, 2000. **50**(1): p. 38-43.
54. Shojaa, M., L. Jouybari, and A. Sanagoo, *The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women*. Archives of gynecology and obstetrics, 2009. **279**(3): p. 353-356.
55. Dao, B., et al., *Sexualité au cours de la grossesse: une enquête auprès de femmes enceintes en milieu urbain africain*. Sexologies, 2007. **16**(2): p. 138-143.
56. Haines, C.J., et al., *Sexual behavior in pregnancy among Hong Kong Chinese women*. Journal of psychosomatic research, 1996. **40**(3): p. 299-304.
57. Orji, E., I. Ogunlola, and O. Fasubaa, *Sexuality among pregnant women in South West Nigeria*. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2002. **22**(2): p. 166-168.
58. Bartellas E, Crane J, Daley M et al. Sexuality and sexual activity in pregnancy. BJOG 200 ; 107: 964-8.
59. Adinma, J., *Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice*. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1995. **35**(3): p. 290-293.
60. Read, J.S., M.A. Klebanoff, and P.S. Group, *Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects of vaginal microorganisms*. American journal of obstetrics and gynecology, 1993. **168**(2): p. 514-519.

61. Erol, B., et al., *A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy*. The journal of sexual medicine, 2007. **4**(5): p. 1381-1387.
62. Doucet-Jeffray, N., et al., *Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse*. La Revue Exercer, 2004. **71**: p. 111-119.
63. Chang, S.R., et al., *Comparison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of pregnancy and assessment of their determinants*. The journal of sexual medicine, 2011. **8**(10): p. 2859-2867.
64. Borelli P. Certificat de Formation Continue en Sexologie Clinique. Le sexocorporel au service du désir sexuel féminin pendant la grossesse. Université de Genève 2011.
65. Corbacioglu, A., et al., *The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation*. The journal of sexual medicine, 2012. **9**(7): p. 1897-1903.
66. Abouzari-Gazafroodi, K., et al., *Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy*. Reproductive health, 2015. **12**(1): p. 72.
67. Ninivaggio, C., et al., *Sexual function changes during pregnancy*. International urogynecology journal, 2017. **28**(6): p. 923-929.
68. Duchêne-Pâton A.M. Ce que veulent les femmes... : attentes des femmes enceintes au troisième trimestre envers leurs soignants, quant à leurs vécu et représentations de la sexualité, pendant la grossesse. Université Angers, Thèse de médecine 2013

69. Walther, D.J., *Racializing sex: same-sex relations, German colonial authority, and Deutschtum*. *Journal of the History of Sexuality*, 2008. **17**(1): p. 11-24.
70. Lemesre V. *Prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum auprès des médecins généralistes du littoral Nord et Pas-de-Calais*. Université De Lille Faculté De Médecine Henri Warembourg 2018.
71. Lopès P. *Sexualité et grossesse, sexualité et post-partum*. Édition Masson; 2013 [Manuel de sexologie, 2e éd.].
72. World Health Organization. *Postpartum care of the mother and newborn : a practical guide* 2008.
73. Alder, J., J. Bitzer, and A. Brédart, *Prise en charge psycho-oncologique de la jeune femme enceinte confrontée au cancer*. *Psycho-oncologie*, 2009. **3**(2): p. 81-87.
74. Collier, F., *Quand le désir d'enfant est là: quelle sexualité pour le couple?* *Sexologies*, 2010. **19**(3): p. 170-174.
75. Metz, M.E. and N. Epstein, *Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction*. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2002. **28**(2): p. 139-164.
76. Carrère, S. and J.M. Gottman, *Predicting divorce among newlyweds from the first three minutes of a marital conflict discussion*. *Family process*, 1999. **38**(3): p. 293-301.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- أنا أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجهد الذي يستحقونه .
- وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



أطروحة رقم: 113

سنة : 2020

الحياة الجنسية والحمل دراسة وصفية لسلسلة من 220 حالة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2020

من طرفه

السيدة شيماء بن عمر
المزادة في 11 أبريل 1993 بالرباط

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : الحمل؛ النشاط الجنسي؛ الرغبة الجنسية؛ الرضا الجنسي في الحمل

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس

السيدة أمينة لخضر

مشرف

أستاذة في أمراض النساء والتوليد

عضو

السيد جواد الكواش

عضو

أستاذ في أمراض النساء والتوليد

عضو

السيد محمد قادري

أستاذ في الطب النفسي

السيد مولاي عبد الله بابا حبيب

أستاذ في أمراض النساء والتوليد

السيد مولاي المهدي الحسني

أستاذ في أمراض النساء والتوليد