La Revue Sage-Femme (2019) 18, 293—301



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Sexualité durant la grossesse : revue systématique



Sexuality during pregnancy: Systematic review

E. Thomas[a,*], **C. Baumann**[b], **L. Galliot**[c]

[a] *Sage-femme, centre hospitalier Emile-Durkheim, 3, avenue Robert-Schuman, 88000 Epinal, France*
[b] *Epidémiologiste, UMDS, hôpitaux de Brabois, CHRU de Nancy, rue du Morvan, 54511 Vandœuvre-Les-Nancy, France*
[c] *Sage-femme enseignante, Département Universitaire Lorrain de Maïeutique, CHRU Nancy, 54000 Nancy, France*

Disponible sur Internet le 16 novembre 2019

MOTS CLÉS
Sexualité ;
Grossesse ;
Comportement sexuel ;
Coït ;
Femme enceinte

Résumé
Objectif. — Décrire la façon dont est vécue la sexualité des femmes enceintes et recenser les facteurs qui l'influencent.
Matériel et méthode. — Revue systématique de la littérature incluant les études publiées en anglais ou en français, entre 1990 et 2018.
Résultats. — Trente-cinq études ont été sélectionnées. La fréquence des rapports sexuels, la satisfaction et la fonction sexuelle, ainsi que les pratiques sexuelles sont impactées négativement par la grossesse. Un déclin des rapports sexuels vaginaux de la pré-grossesse au 3e trimestre a été observé, ainsi qu'une part importante de dysfonctionnement sexuel chez les patientes au 3e trimestre de la grossesse. Une corrélation entre satisfaction sexuelle et qualité de vie mentale a été mise en avant. De nombreux facteurs, modifiables ou non modifiables, d'ordre physiologique, psychologique, physique, culturel et social participent à cet impact. Les représentations, les idées reçues et les croyances concernant la sexualité durant la grossesse sont les facteurs les plus fréquemment cités. Cette étude a montré que les femmes enceintes aspiraient à plus d'informations relatives à la sexualité durant la grossesse.
Conclusion. — 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.
© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : thomas.elodie82@hotmail.com (E. Thomas).

https://doi.org/10.1016/j.sagf.2019.10.001
1637-4088/© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Sexuality;
Pregnancy;
Sexual behavior;
Coitus;
Pregnant woman

Summary
Objective. — Describe how the sexuality of pregnant women is experienced and identify the factors that influence it.
Material and method. — Systematic review of the literature including studies published between 1990 and 2018 in English and French.
Results. — Thirty-five studies were selected. The frequency of sexual intercourse, satisfaction and sexual function, as well as the negative impact of sexual practices due to pregnancy. Vaginal intercourse from pre-pregnancy to the 3rd trimester has been observed, as well as a significant proportion of the sexual dysfunction in patients in the 3rd trimester of pregnancy. A correlation between sexual satisfaction and mental life quality was highlighted. Many physiological, psychological, physical, cultural and social factors contribute to this impact. Some factors can be changed but some cannot. The most described factor contains representations, ideas and beliefs about sexuality during pregnancy. A need and a request of information from pregnant women have been objectified.
Conclusion. — Pregnancy negatively affects the sexuality of pregnant women. Part of this observation can be modified by taking into account certain factors such as beliefs and misconceptions. Many pregnant women mention a lack and e need of information on the subject. These information should be shared by well educated health professionals.
© 2019 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

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.

Une sexualité épanouie est la résultante d'un ensemble multifactoriel. Elle dépend du bon déroulement des phases clinicobiologiques et des conditions psychologiques et culturelles dans lesquelles se trouvent les partenaires [1].

La littérature médicale a démontré au travers de nombreuses études qu'il n'y a pas de contre-indication médicale aux rapports sexuels lors d'une grossesse physiologique même s'il existe un antécédent d'accouchement prématuré. Il existe cependant des contre-indications médicales aux rapports sexuels durant la grossesse qui sont : la menace d'accouchement prématuré, les métrorragies inexpliquées, le placenta prævia et la rupture prématurée des membranes (RPM) [2—4]. Mais ces contre-indications ne concernent que les rapports vaginaux.

La place de la sexualité dans la vie des couples actuels et la particularité de la période de la grossesse invitent à se pencher sur leur interaction pour les femmes enceintes et leur conjoint. Les difficultés sexuelles durant la grossesse peuvent avoir des effets négatifs sur la relation conjugale et peuvent représenter un frein à l'adaptation des femmes aux modifications physiques et psychologiques de la grossesse. Ceci peut retentir sur la manière dont les femmes vivent et investissent leur grossesse.

Des revues systématiques sur la sexualité des femmes enceintes furent déjà réalisées par le passé mais leurs approches abordaient uniquement la fonction sexuelle, c'est-à-dire la réponse du corps humain aux différentes phases du cycle de la réponse sexuelle : le désir, l'excitation, l'orgasme et la résolution [5,6].

Concernant l'approche globale de la sexualité durant la grossesse, il existe deux méta-analyses notables [7,8]. Mais aucunes de ces deux revues de la littérature ne furent menées par un professionnel de la périnatalité.

L'objectif de cette revue est de décrire la façon dont est vécue la sexualité des femmes enceintes et recenser les facteurs qui l'influencent.

Matériels et méthodes

Sélection des études

Pour répondre à cette question de recherche, nous avons mené une revue systématique de la littérature (RSL) basée sur la définition émise par la HAL (« Hyper Articles en Lignes »). La sélection des mots-clés a été effectuée par interrogation du MeSH (Medical Subject Headings). Cinq moteurs de recherche scientifiques ont été consultés. Ces moteurs de recherches ont été interrogés grâce aux mots clés, en combinant deux concepts. En tant que concept 1 les mots « sexualité » ou « coitus » ou « comportement sexuel » ont été retenus et en tant que concept 2, le mot « grossesse ». Les mots clés ont été traduits en anglais ou en français selon le moteur de recherche. Cette RSL a été réalisée selon les recommandations internationales PRISMA 2009 (Preferred Reporting Items for a Systematic Review and Meta-Analysis) [9].

Les critères d'inclusion retenus pour la recherche bibliographique sont les suivants :
- date de parution de l'article : de 1990 à 2018 ;
- mémoire, thèse ;
- langue de publication de l'article : français, anglais ;
- population femme enceinte.

Les critères d'exclusion :
- revue de la littérature/méta-analyse ;
- articles non pertinents vis-à-vis de la question de recherche ;
- étude de faible qualité, mal menée ou comportant de nombreux biais.

La période de recrutement des articles a duré du 15 juin 2018 au 15 novembre 2018. Période durant laquelle une veille bibliographique a été réalisée.

Critères de jugements retenus

Quatre critères ont été systématiquement recherchés dans les articles sélectionnés :
- la fréquence des rapports sexuels ;
- la satisfaction et le fonctionnement sexuels ;
- les pratiques sexuelles (pratiques intimes, positions, alternatives au coït...) ;
- les facteurs influençant la sexualité des gestantes.

Méthode d'analyse des articles

Les articles retenus ont été analysés à l'aide des grilles de lecture publiées par la Haute Autorité de santé (HAS) et dans la mesure du possible un niveau de preuve selon le grade des recommandations de la HAS a été alloué aux articles [10]. La grille de lecture intégrait entre autres : les auteurs et leur qualité, l'objectif de l'étude, le type d'étude, la population et la taille de l'échantillon, la méthodologie, les critères de jugements principaux, les principaux résultats avancés...

Résultats

Sélection des articles

L'interrogation des banques de données a permis d'obtenir 1105 articles. Parmi eux, 35 ont été inclus dans la synthèse de la littérature après élimination des doublons, lecture des résumés enfin des articles en texte intégral (Fig. 1).

Descriptif méthodologique des études

Parmi les études publiées entre 1995 et 2017 :
- études utilisaient des méthodes de recherche qualitative ;
- 28 des méthodes de recherche quantitative (dont 24 utilisant une approche rétrospective ou transversale et quatre une approche prospective) ;
- 2 des méthodes de recherche mixte de type « Connaissances, Attitudes, Pratiques et Croyances » (CAPC).

Les études incluses ont été menées dans 16 pays différents : Turquie ($n = 8$), Taïwan ($n = 4$), France ($n = 4$), Brésil ($n = 3$), Tunisie ($n = 2$), Iran ($n = 2$), Nigéria ($n = 2$), Chine ($n = 2$), Canada ($n = 1$), États-Unis ($n = 1$), Portugal ($n = 1$), Pakistan ($n = 1$), Côte d'Ivoire ($n = 1$), Burkina Faso ($n = 1$), Australie ($n = 1$), Mexique ($n = 1$).

Certaines études exigeaient des participantes ayant un type de relation spécifique (exemple : être marié, hétérosexuel), ce qui constituait pour eux un critère d'inclusion. Trois études exigeaient des participantes qu'elles soient mariées [11—13], neuf autres qu'elles vivent avec leur partenaire ou soient en relation stable avec celui-ci [11,14—21]. Une étude exigeait le « maintien d'un partenaire sexuel régulier pendant les 6 derniers mois minimum » [22], une autre « une vie sexuelle active définie comme une activité sexuelle avec pénétration au cours des 4 dernières semaines » [23]. Une étude excluait les questionnaires des femmes séparées de leur conjoint [24], une autre, les questionnaires des femmes n'ayant pas eu d'activité sexuelle durant la grossesse [25].

Concernant les critères d'exclusions, 18 des 33 études retenaient comme critères d'exclusions les « complications fœto-maternelles » ou « contre-indication aux rapports sexuels durant la grossesse » [12—15,18—21,24—33]. Certaines études précisaient distinctement les complications fœto-maternelles en causes. À l'inverse, 6 études ont fait le choix d'inclure uniquement les questionnaires des « femmes enceintes en bonne santé » avec une « grossesse à bas risque » ou « sans complications » [11,22,23,34—36].

Les articles ont été répartis en 3 catégories : A, B et C en fonction du type d'étude, des méthodes d'évaluations et de la taille de l'échantillon [37] :
- catégorie A : étude prospective de cohorte (4 études) ;
- catégorie B : étude rétrospective ou transversale avec méthode d'évaluation par questionnaires validés scientifiquement, échantillon incluant au minimum 100 personnes (10 études) ;
- catégorie C : autres types d'étude (qualitative ou mixte) ou étude rétrospective/transversale ne répondant pas aux critères précédant (21 études).

Fréquence des rapports sexuels

Vingt-trois des 35 études ont évalué les modifications de la fréquence des rapports sexuels durant la grossesse. Les études ayant comparé la fréquence des rapports sexuels avant et pendant la grossesse sont toutes arrivées au même résultat, la fréquence des rapports sexuels diminue durant la grossesse [13,16,18—20,28,31,33,34,38—44]. Pauls et al., en 2008, ont mis en évidence cette diminution de manière significative ($p < 0{,}0005$) [41].

Concernant l'évolution de la fréquence des rapports au cours des trimestres de la grossesse, les études prospectives ont révélé une diminution progressive des rapports durant les trois trimestres de la grossesse [18,36]. Les études de catégories B ont mis en avant une diminution significative au 2e et 3e trimestre par rapport au 1er trimestre de la grossesse [21] et une diminution significative au 3e trimestre par rapport au 1er et 2e trimestre [45]. Les études de catégorie C ont également retrouvé des résultats similaires, en mettant en évidence une diminution progressive des rapports sexuels durant la grossesse [19,27,29,35,42,43]. L'étude de Yangin et Eroglu, en 2011, a rapporté que 12 % des patientes interrogées avaient signalé une augmentation de la fréquence des rapports sexuels durant le 2e trimestre [33].

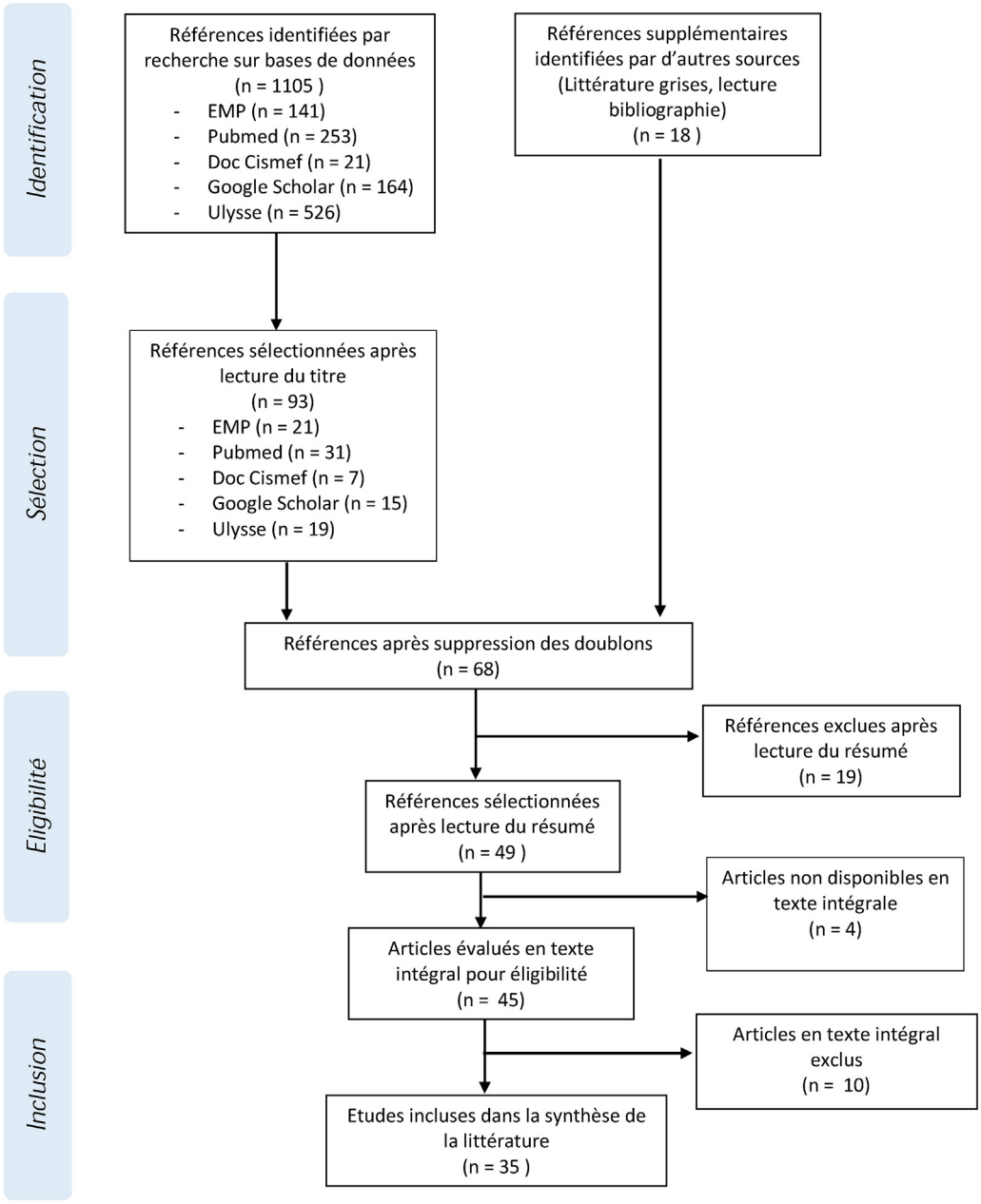


Figure 1. Diagramme de flux PRISMA 2009.

Certaines femmes avaient décidé de tout simplement avoir recours à l'abstinence durant la grossesse, principalement au 3e trimestre [24,33,34,40].

Satisfaction et fonction sexuelle

Les études prospectives (catégorie A) ont toutes analysé la satisfaction de la sexualité au travers du score FSFI (Female Sexual Function Index). Cinq domaines de la fonction sexuelle sont explorés par 19 items : le désir, la lubrification, l'orgasme, la douleur et la satisfaction sexuelle. Toutes ces études ont démontré une diminution statistiquement significative du score FSFI durant la grossesse. Les scores FSFI au 3e trimestre permettent aux auteurs d'avancer l'existence d'un dysfonctionnement sexuel chez une part importante des patientes au 3e trimestre de la grossesse [14,18,36,41]. Ninivaggio et al. ont pourtant souligné une augmentation du désir sexuel entre le 1er et le 2e trimestre de la grossesse [36].

Les résultats des études de catégorie B convergent avec ceux des études prospectives, en montrant une diminution de la satisfaction sexuelle durant la grossesse [15,17,20—23,26,45]. Pour trois d'entre elles [21,22,45], la fonction sexuelle est principalement impactée durant le 3e trimestre. Les études de Bouzouita et al. [20] et de Ellouze et al. [15] ont toutes deux retrouvé un taux de dysfonctionnement sexuel de 70 %.

L'étude de Bouzouita et al. [20] a mis en exergue une diminution du désir sexuel dès le début de la grossesse pour 64 % des patientes alors que l'étude de Chang et al. [45] n'a

observé aucune différence significative de la diminution du désir sexuel entre les trimestres de la grossesse.

Les études de catégorie C présentent des résultats plus hétérogènes. Deux études rétrospectives [43,44] ont montré la présence d'un désir inchangé pour 56,3 à 60 % des femmes enceintes. Une autre étude, rétrospective [27], a relevé un désir inchangé pour 38,8 % des femmes et diminué pour 32,5 % d'entre elles. Cinq autres études, dont une étude qualitative et une étude mixte, ont également observé une diminution significative du désir sexuel pour la majorité des patientes [16,19,31,35,38]. Ces résultats étant infirmés par Gaboriau [29] qui a, elle montré, une augmentation du désir au 2e trimestre.

Concernant la satisfaction sexuelle, les études de catégorie C concluaient essentiellement à une diminution de la satisfaction sexuelle pour une moitié de la population et une satisfaction inchangée pour l'autre moitié. [16,19,24,27,29,31,39,42].

Pratiques sexuelles

Aucune étude prospective (catégorie A) ne s'est intéressée aux positions sexuelles durant la grossesse. Deux études de la catégorie B l'ont fait. L'une de ces études a révélé que 44,8 % des femmes avaient signalé un changement de position sexuelle à partir du 2e trimestre et que la position la plus adoptée était celle du missionnaire avec 60,4 % de femmes la pratiquant [20]. La deuxième étude menée par Lee et al., en 2010 [17] a mis en avant que les positions sexuelles les plus adoptées étaient celles où « l'homme se situe au-dessus de la femme en face-à-face », familièrement appelées « position du missionnaire » (pratiquées par 67,6 % des femmes interrogées), les positions dites « postérieures » (pratiquées par 29,7 % des femmes) et les positions où « la femme se situe au-dessus de l'homme, en face-à-face » (pratiquées pour 26,1 % des femmes) et tout cela indépendamment du trimestre de la grossesse. Au niveau des études de catégorie C, 7 études ont étudié les modifications concernant les positions sexuelles durant la grossesse. Dans l'étude de Shojaa et al. [38], publiée en 2009, la majorité des femmes avait signalé un changement de positions sexuelles durant la grossesse contre 26 % des couples dans une autre étude [19]. Ces données diffèrent de celles obtenues dans l'étude de Haines et al. [42], publiée quelques années plus tôt, en 1996, qui elle, n'a pas pu montrer de différence concernant les positions sexuelles adoptées avant et pendant la grossesse. Alors qu'une autre étude a mis en évidence une diminution progressive de la plupart des positions sexuelles durant la grossesse, excepté pour les positions « côte à côte » [25]. Concernant les positions sexuelles pratiquées on retrouve comme dans les études de catégorie B, une prédominance de la position dite du « missionnaire » [25,31,39,42], suivi par les positions latérales [29,31].

Si l'on s'intéresse maintenant aux résultats relatifs aux différents types de pratiques sexuelles et leurs évolutions au cours de la grossesse, on note qu'une seule étude prospective a étudié le sujet. Ses résultats relevaient une diminution du sexe oral, des stimulations mammaires et de la masturbation au 3e trimestre de la grossesse, avec une différence significative uniquement pour les rapports oraux [41]. Au niveau des études de catégorie C, deux études ont rapporté une absence de différence dans la fréquence des différents types de comportements sexuels entre chaque trimestre (hors rapports vaginaux) [19,28]. L'étude de Gaboriau [29], déjà citée plus haut, a obtenu des résultats similaires à l'une des études de catégorie A [41], en mettant en avant une diminution des caresses intimes et de la masturbation au 3e trimestre.

Enfin, l'étude de Pauleta et al. [27] qui a étudié les différents types d'activités sexuelles durant la grossesse a révélé que 98,3 % des couples avaient des rapports vaginaux, 38,1 % des rapports oraux, 6,6 % des rapports anaux et 20,4 % pratiquaient la masturbation.

Facteurs influençant la sexualité des gestantes

À propos des facteurs influençant la sexualité durant la grossesse, une seule étude prospective, celle de Pauls et al. [41] a montré que de nombreuses femmes craignaient que les relations sexuelles puissent nuire au bébé. De nombreuses autres études de catégories B et C relataient des résultats similaires en révélant qu'une part importante des femmes craignaient que les rapports sexuels puissent nuire aussi bien à leur grossesse qu'à leur enfant, en avançant des risques augmentés de fausses couches, de RPM, d'accouchement prématuré, d'infection, des peurs de nuire à l'enfant, de « blesser » l'enfant justifiant pour ces femmes une diminution et/ou une abstinence temporaire ou définitive des rapports durant la grossesse [12,13,19–21,27–29,31–34,38,40,43,44].

Parmi les autres facteurs décrits dans la littérature comme susceptibles d'influencer la sexualité durant la grossesse, on retrouve énoncés par les femmes les signes sympathiques de la grossesse, tels que les nausées et vomissements [13,29,38,44], les tensions mammaires [19,29], la fatigue [13,16,29,32,44] et les insomnies [38]. Certaines patientes ont également évoqué comme facteurs les difficultés d'adaptation à l'augmentation du volume abdominal [29,32,38], à l'inconfort et à la douleur [13,19,20,24,29,33,34,43–45], à la prise de poids [23] et aux modifications de l'image corporelle [24,32,45]. Des facteurs socio-économiques ont également été avancé au travers de différentes études tels que le niveau socio-économique [20], le niveau d'éducation [26], la religion [33] et le temps de travail [45]. Les antécédents médicaux [23,30,45] et obstétricaux [20,28,30,45] sont également évoqués comme des facteurs influençant la sexualité ainsi que le fait que la grossesse soit ou non désirée [26], l'âge maternel [26,28] et gestationnel [23,26,28,30,45]. Des facteurs propres aux couples et au vécu de leur sexualité ont aussi été évoqué dans certaines des études : ancienneté du couple [26], communication au sein du couple [20,32], qualité orgasmique [32,43], niveau de désir sexuel [13,20,24,32,43]. Des facteurs psychologiques ont aussi été mis en avant par les patientes comme facteurs influençant leur sexualité :

- la dépression [15,16,30] ;
- les difficultés à associer sexualité et maternité [24,29,32,38] ;
- les peurs et croyances [12,13,19–21,28,29,31–34,38,40,41,43,44] ;
- l'état de conscience de la grossesse [12] ;
- le désintérêt de la vie sexuelle [13,27,38,44].

Le niveau d'information en matière de sexualité durant la grossesse est un facteur également avancé par les femmes [19,21,24,28,32,46].

Si l'on regarde plus précisément l'influence de l'âge maternel et de la parité, deux facteurs décrits comme ayant une influence significative sur la sexualité des femmes enceintes pour Fok et al. (catégorie C) [28], on retrouve des résultats discordants dans l'étude de Naldoni et al. (catégorie B) [23] qui n'a observé aucune association significative.

L'étude de Erol et al. [22] investiguant un possible rôle des androgènes sur la fonction sexuelle pendant la grossesse n'a pas été en mesure de confirmer son hypothèse.

Plusieurs études ont tenté d'évaluer les besoins et les demandes d'informations en matière de sexualité chez les femmes enceintes. Seuls les résultats d'études de catégories B et C ont été publiés. Toutes ces études ont unanimement montré que les femmes interrogées souhaitaient être mieux informées et pouvoir en discuter avec un professionnel de santé [19,21,24,28,32,33,43,46]. Dans l'étude de Corbacioglu-Esmer et al. [21] les femmes sont plus de 40 % à avoir déclaré ressentir un besoin de renseignements. Dans une autre étude [28], 73,6 % des femmes n'ayant pas pu parler de sexualité durant la grossesse estimaient que le professionnel de santé aurait dû l'évoquer spontanément en début de suivi [24]. Les principales interrogations portaient sur la baisse de la libido, du désir, sur les dangers des rapports sexuels durant la grossesse, la possibilité d'avoir des rapports et sur les pratiques sexuelles compatibles ou non avec leur grossesse [46].

Discussion

À travers cette revue de la littérature, nous ambitionnions de synthétiser la problématique de l'activité sexuelle et de ses déterminants lors de la grossesse.

Le résultat principal de cette RSL est que la grossesse a une influence sur la sexualité des femmes.

Au travers des 35 articles examinés, nous avons objectivé que la fréquence des rapports sexuels avant et pendant la grossesse variaient significativement [41]. La grossesse n'est donc pas sans conséquence sur la fréquence des rapports sexuels vaginaux. Nous avons constaté une diminution progressive des rapports vaginaux au cours de la grossesse. Cette diminution semble s'expliquer par trois raisons : une raison physiologique (en lien avec les signes sympathiques de grossesse), une raison en lien avec les croyances et idées reçues concernant le maintien des rapports sexuels vaginaux durant la grossesse et une troisième raison émanant de la part des professionnels de santé eux-mêmes souvent peu aptes à répondre aux questions de leur patiente. Plusieurs femmes enceintes ont suspendu ou diminué les rapports sur les conseils ou prescriptions du professionnel de santé suivant leur grossesse et cela sans qu'aucune contre-indication médicale à la poursuite des rapports n'ait été objectivée [33].

Selon le type et le moment du recueil des données, la fréquence des rapports sexuels semble varier. Quatre périodes se dessinent : après l'annonce de la grossesse pour mettre en lien la fréquence des rapports avant la grossesse et durant le 1er trimestre, au début du 2e trimestre, au début du 3e trimestre et à la fin du 3e trimestre.

Les études prospectives cherchant à analyser la fonction sexuelle pendant la grossesse ont toutes utilisé l'indice de la fonction sexuelle féminine (FSFI) [47]. À l'aide de cet outil, des études ont pu mettre en évidence une diminution significative du score FSFI durant la grossesse. Durant le 3e trimestre, de nombreuses femmes souffrent de dysfonctionnements sexuels. Deux études ont estimé le taux de dysfonctionnements sexuels à 70 % [15,20]. Elles ont également mis en évidence une baisse importante des rapports sexuels dans les dernières semaines de la grossesse. Cependant, il est important de prendre en compte le fait que les échantillons évalués au 3e trimestre étaient plus faibles qu'au cours des autres trimestres. De ce fait, les diminutions des scores FSFI au 3e trimestre peuvent être dues à une diminution du nombre de personnes interrogées ayant conservé une activité sexuelle et non à des altérations du désir, de l'orgasme ou de la lubrification.

D'autres études ont été menées en n'utilisant que certains des cinq domaines du FSFI. L'étude de Ninivaggio et al., publiée en 2017, a montré une augmentation du désir sexuel entre le 1er et le 2e trimestre de la grossesse [36]. Cette augmentation du désir peut s'expliquer par la disparition des signes sympathiques de grossesse et l'éloignement des craintes d'une fausse couche.

Les différentes études analysées ont globalement montré une diminution de la satisfaction sexuelle durant la grossesse [14,17,41,45]. Ceci peut s'expliquer 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 [12,20,26,33,36,45]. Le désir sexuel étant intimement lié à la sphère psychologique et émotionnelle les femmes acceptant difficilement les modifications physiques dues à la grossesse et les sensations différentes ressenties durant les rapports peuvent voir leur désir diminué, rendant les rapports existants moins épanouissants. Ce phénomène s'auto-entretient durant la grossesse : des rapports moins satisfaisants engendrent un désir moindre à la reconduite des rapports [13,24]. Les femmes peuvent aussi être psychologiquement indisposées à avoir des rapports sexuels, une partie de leurs pensées étant dirigées vers l'arrivée de leur enfant et les questions qui l'accompagne [13,24,38].

Concernant les pratiques sexuelles, peu d'études ont abordé la sexualité autrement que via les rapports sexuels vaginaux. Ceci apparaît comme étant une limite dans la mesure où la sexualité ne se réduit pas aux rapports vaginaux. Parmi les quatre études ayant analysé des pratiques autres que les rapports vaginaux [19,27–29], deux d'entre elles ont révélé une absence de différence dans la fréquence de ces pratiques [19,28]. La grossesse n'impacte pas de la même manière la fréquence des rapports sexuels vaginaux et la fréquence des autres pratiques sexuelles.

Durant la grossesse, la position dite du « missionnaire » semble être la position la plus couramment adoptée [17,20,25,31,39,42]. Ceci n'est pas surprenant étant donné que c'est également l'une des positions les plus connues et les plus pratiquées durant les rapports sexuels vaginaux en dehors de la grossesse [48,49]. À partir du 2e trimestre, les études ont montré qu'un changement de position sexuelle s'opérait. Ce changement peut s'expliquer par une adaptation au volume du ventre rendant inconfortable certaines positions, en particulier celle du « missionnaire », et par

un inconfort associé à une sensation de malaise liée au décubitus dorsal chez la femme enceinte à partir du 2e trimestre. Les positions postérieures et de côté apparaissent comme les positions les plus confortables en fin de grossesse. Ce changement de position qu'impose le développement de l'anatomie de la femme enceinte, peut déstabiliser les couples ne les ayant pas expérimentées avant la grossesse, nuisant ainsi à leur désir et à leur satisfaction sexuelle.

Parmi les facteurs influençant la sexualité des gestantes, la crainte que les relations sexuelles puissent nuire à l'enfant ou à la grossesse a souvent été évoqué. Dans l'étude de Bouzouita et al. [20], 17,4 % des femmes ont déclaré avoir diminué ou suspendu leurs rapports sexuels par « peur de traumatiser l'enfant ». Pauls et al. ont montré qu'au 3e trimestre, près d'une femme sur 2 craignait que l'activité sexuelle puisse nuire au bébé ou à la grossesse [41]. Ce motif est souvent exprimé par les femmes pour expliquer la diminution de la fréquence des rapports et la diminution du désir. Les risques de fausses couches, de RPM, d'accouchement prématuré, d'infection, de blesser l'enfant sont les principales craintes évoquées [12].

D'autres facteurs, multiples, d'ordres socio-économique, physiologique, anatomique, psychologique et sociologique, pourraient également influencer la sexualité durant la grossesse. Certains de ces facteurs peuvent faire l'objet d'une prise en charge médicale afin d'en diminuer ou supprimer l'impact alors que d'autres ne peuvent pas être modifiés (exemples : âge maternel, parité, âge gestationnel).

La manière dont les femmes envisagent la sexualité durant la grossesse impacterait leur sexualité. Les femmes ayant des représentations péjoratives de la sexualité durant la grossesse avaient une activité sexuelle moins fréquente. Bien souvent ses représentations étaient le résultat des idées reçues et des croyances véhiculées sur l'association grossesse et sexualité, entraînant peurs et craintes quant à la poursuite d'une activité sexuelle durant la grossesse [12]. Le fait que les patientes soient conscientes ou non de leur grossesse semblait avoir un impact sur leur fonction sexuelle. Corbacioglu et al. montraient dans leur étude que les patientes qui n'étaient pas conscientes d'être enceintes avaient des rapports plus fréquents et plus satisfaisants [12]. Ces faits avaient été précédemment avancés par Jawed-Wessel et Sevick dans leur revue de la littérature sur la sexualité durant la grossesse et le post-partum [8].

Par ailleurs, Ellouze et al. dans leur étude ont mis en évidence que la satisfaction sexuelle chez la femme enceinte influençait significativement sa qualité de vie mentale [15].

Forces et limites de l'étude

La principale force de cette RSL est qu'elle a été menée selon les recommandations PRISMA, la référence en la matière [9]. Nous avons mené un vaste travail de recherche et de sélection des articles scientifiques. Nous avons utilisé différents moteurs de recherche sélectionnés pour leur pertinence, afin de couvrir un champ de recrutement le plus large possible. Nous avons complété cette recherche par une exploration de la littérature grise et une analyse des bibliographies d'anciennes RSL pertinentes. Malgré l'effort apporté à la recherche d'articles originaux sur cette problématique, cette RSL n'est probablement pas exhaustive en raison de la grande hétérogénéité géographique et culturelle de études sélectionnées, de la non-publication de données pertinentes par les auteurs, d'articles existants dans des bases de données non explorées, d'articles manqués par erreur ou d'articles inaccessibles.

Les articles sélectionnés sont différents tant sur leur méthodologie que sur leur niveau de preuve. La majorité des RSL choisissent de ne pas inclure certaines études en raison de leur méthodologie ou de leur niveau de preuve. En raison du thème de notre étude, qui se prête difficilement à des études de type expérimental, nous avons fait le choix de ne pas exclure les études à faible niveau de preuve (NP4) et qualitatives. Il existe en effet peu de données issues d'études prospectives. Nous avons donc obtenu une majorité d'études de faible niveau de preuve (NP4) en raison de leur méthodologie de type rétrospective ou transversale le plus souvent. Dans un domaine aussi intime et lié aux ressentis et aux croyances, les études qualitatives sont une source non négligeable d'informations, d'où le choix qui a été fait de conserver ce type d'études dans notre RSL.

Notre RSL présente des limites propres aux différents articles sélectionnés (biais des différentes études, manque d'information sur la méthodologie utilisée, critères d'inclusions et exclusions trop strict...). Le choix d'avoir réparti les études sélectionnées en 3 catégories permet une comparaison plus fine des résultats obtenus en fonction de la qualité des études et de leur méthodologie.

Conclusion

La grossesse impacte sans équivoque la sexualité des femmes. Une part de ces modifications est en lien avec des représentations et croyances erronées vraisemblablement liées au manque d'information reçue dès le début de la grossesse.

La satisfaction sexuelle durant la grossesse influence la qualité de vie mentale des patientes [15]. La pratique d'actes sexuels durant la grossesse est à très faible risque, les contre-indications sont rares et précises, peu de risques y sont associés. Il est donc important que les patientes soient informées et rassurées sur ce sujet. Pour ce faire, il est nécessaire qu'en amont les professionnels de la périnatalité et en particulier les sages-femmes aient été sensibilisées au sujet. Des informations sur la sexualité durant la grossesse devraient être systématiquement apportées aux femmes durant leur suivi de grossesse au même titre que les informations et conseils sur l'hygiène de vie ou de l'alimentation.

La sexualité est souvent abordée d'un point de vue négatif dans nos professions (prévention des grossesses non désirées, des infections sexuellement transmissibles...). Il serait ainsi judicieux de valoriser une sexualité sans danger mais épanouie, y compris durant la grossesse.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Nadjafizadeh M. Sexualité durant la grossesse et le post-partum. Vocat Sage-Femme 2010;9(86—87):21—5.
[2] CNGOF, Evrard N. Le grand livre de ma grossesse. Édition Eyrolles; 2016. p. 494.
[3] Lopès P. Sexualité et grossesse, sexualité et post-partum. Édition Masson; 2013 [Manuel de sexologie, 2e éd.].
[4] Sanfilippo E. Sexualité pendant la grossesse : regards croisés dans le couple. Paris: Université Paris Descartes; 2017 [Mémoire].
[5] Johnson C. Sexual health during pregnancy and the post-partum. J Sex Med 2011;(8):1267—84.
[6] Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. J Sex Med 2010;(7):2782—90.
[7] Von Syndow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. J Psychosom Res 1999;47(1):27—49.
[8] Jawed-Wessel S, Sevick E. The impact of pregnancy and childbirth on sexual behaviors: a systematic review. J Sex Res 2017;54(45):411—23.
[9] Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa. Prisma transparent reporting of systematic reviews and meta-analyses [Internet]; 2015 [cité 19 févr 2018]. Disponible sur : http://www.prisma-statement.org/.
[10] ANAES. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandation [Internet]; 2000 [cité 18 mars 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf.
[11] Lee J. The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. J Midwifery Women Health 2002;47(7):278—86.
[12] Corbacioglu A, Bakir V, Akbayir O, Cilesiz Goksedef B, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. J Sex Med 2012;9:1897—903.
[13] Eryilmaz G, Ege E, Zincir H. Factors affecting sexual life during pregnancy in Eastern Turkey. Gynecol Obstet Invest 2004;57:103—8.
[14] Leite A, Campos A, Cardoso Diaz A, Amed A, De Souza E. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. Rev Assoc Med Bras 2009;55:563—8.
[15] Ellouze F, Bouzouita I, Chaari I, El Kefi H, Krir M, Ben Cheikh C, et al. Relations entre sexualité, dépression et qualité de vie chez la femme Tunisienne enceinte. Sexologies 2017;26(4):222—7.
[16] De Judicibus M, McCabe M. Psychological factors and the sexuality og pregnant and postpartum women. J Sex Res 2002;39(2):94—103.
[17] Lee J, Lin C, Wan G, Liang C. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. J Sex Marital Ther 2010;36(5):408—20.
[18] Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. Int J Impot Res 2004;17(2):154—7.
[19] Bartellas E, Crane J, Daley M, Bennett K, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. BJOG 2000;107(8):964—8.
[20] Bouzouita I, Ellouze F, El Kefi H, Chaari I, Ben Cheikh C, Krir M, et al. Sexualité de la femme tunisienne au cours de la grossesse : entre mythe et réalité. Sexologies 2017;26(4):228—36.
[21] Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Gilesiz Goksedef B, Bakir V. Female sexual function and associated factors during pregnancy. J Obstet Gynaecol Res 2013;39(6):1165—72.
[22] Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. J Sex Med 2007;4(5):1381—7.
[23] Naldoni L, Pazmino M, Pezzan P, Pereira S, Duarte G, Ferreira C. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. J Sex Marital Ther 2011;37(2):116—29.
[24] Lemaitre B. Sexualité et grossesse, souhaits et ressentit des femmes. Rouen: Université de Rouen; 2010 [Mémoire].
[25] Sacomori C, Cardoso F. Sexual initiative and intercours behavior during pregnancy among brazalian women: a retrospective study. J Sex Marital Ther 2010;36:124—36.
[26] Abouzari-Gazafroodi K, Najafi F, Kazemnejad E, Rahnama P, Montazeri A. Demographic and obstetric factors affecting women's sexual functioning during pregnancy. Reprod Health 2015;12:72—7.
[27] Pauleta J, Pereira N, Graça L. Sexuality during pregnancy. J Sex Med 2010;7:136—42.
[28] Fok W, Chan L, Yuen P. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstet Gynecol Scand 2005;84(10):934—8.
[29] Gaboriau S. Modification des pratiques sexuelles pendant la grossesse chez la femme. Angers: Université d'Angers; 2013 [Mémoire].
[30] Chang S, Ho H, Chen K, Shyu M, Huang L, Lin WA. Depressive symptoms as a predictor of sexual function during pregnancy. J Sex Med 2012;9:2582—9.
[31] Kouakou K, Doumbia Y, Djanhan L, Ménin M, Kouaho J, Djanhan Y. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;40:36—41.
[32] Zard E. Représentations des femmes enceintes sur la sexualité pendant la grossesse. Attentes en termes d'informations sur le sujet. Paris: Université Paris Est Creteil; 2015 [Thèse].
[33] Yangin H, Eroglu K. Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in southwestern Turkey: a qualitative study. J Sex Marital Ther 2001;37(3):190—205.
[34] Naim M, Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. J Pak Med Assoc 2000;50:38—44.
[35] Gokyildiz S, Beji N. The effects of pregnancy on sexual life. J Sex Marital Ther 2005;31:201—15.
[36] Ninivaggio C, Rogers R, Leeman L, et al. Sexual function changes during pregnancy. Int Urogynecol 2017;28:923—9.
[37] INESSS. Institut National d'Excellence en Santé et Service Sociaux. Les normes de production des revues systématiques [Internet]; 2013 [cité 1 déc 2018]. Disponible sur : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Normes_production_revues_systematiques.pdf.
[38] Shojaa M, Jouybari L, Sangoo A. The sexual activity during prengancy among a group of Iranian women. Arch Gynecol Obstet 2009;279:353—9.
[39] Dao B, Some D, Ouattara S, Sioho N, Bambara M. Sexualité au cours de la grossesse : une enquête auprès de femmes enceintes en milieu urbain africain. Sexologies 2007;16:138—43.
[40] Adinma J. Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. Aust NZJ Obstet Gynaecol 1995;3:290—3.
[41] Pauls R, Occhino J, Dryfhout V. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. J Sex Med 2008;5:1915—22.
[42] Haines C, Shan Y, Kuen C, Leung D, Chung T, Chin R. Sexual behavior in pregnancy among Hong Kong Chinese women. J Psychosom Res 1996;40(3):299—304.
[43] Orüg S, Esen A, Selman L, Adiguzel I, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behavior during pregnancy. Aust NZJ Obstet Gynaecol 1999;39:48—50.
[44] Orji E, Ogunlola I, Fasubaa O. Sexuality among pregnant women in south west Nigeria. J Obstet Gynaecol 2002;22(2):166—8.
[45] Chang S, Chen K, Lin H, Yu H. Comparaison of overall sexual function, sexual intercourse/activity, sexual satisfaction, and sexual desire during the three trimesters of

pregnancy and assessment of their determinants. J Sex Med 2011;8(11):2859—67.
[46] Frey C. Grossesse et sexualité conjugale. Metz: Université de Lorraine; 2010 [Mémoire].
[47] Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. J Sex Marital Ther 2000;26(2):191—208.
[48] Zava. American versus european sexual preferences [Internet]. [cité 12 mars 2019]. Disponible sur : https://www.zavamed.com/uk/us-vs-euro-sex-preferences.html.
[49] Institut Trench Research. Étude internationale sur la sexualité et les comportements érotiques [Internet]; 2012 [cité 12 mars 2019]. Disponible sur : https://www.c-dating.fr/sites/c-date/files/attachements/CasualDating-FR_INTL_Study_2012_spring.pdf.