

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 90 (1992)

Heft: 10

Artikel: Sexualité chez la femme enceinte

Autor: Pasini, W.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951426>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 21.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Sexualité chez la femme enceinte

par le Dr W. Pasini. Conférence donnée lors de l'Assemblée de la Société suisse de médecine psychosomatique, à Genève.

Article tiré de la Revue «Médecine et Hygiène», No 1049.

Quand, dans la très abondante littérature médicale, on trouve par hasard des zones d'ombre, des arguments négligés, on ne peut qu'être surpris, surtout si cela concerne un événement à grande importance sociale et affective, comme par exemple la sexualité pendant la grossesse. Sauf quelques exceptions (4, 9) les manuels d'obstétrique ne donnent que peu d'informations et n'indiquent que rarement, ou d'une manière stéréotypée, les directives que les médecins devraient adopter pour donner des conseils à leurs patientes. De même que la psychologie médicale, la sexologie est encore trop souvent considérée comme une branche marginale de la gynécologie.

Par contre, en parcourant la littérature psychanalytique, on observe toute une floraison d'hypothèses psychodynamiques sur le vécu de la sexualité et de la maternité qui sont deux pôles du développement psycho-affectif de la femme et non seulement des faits physiologiques. Il suffit de mentionner en France les travaux de *Françoise Dolto* (2) sur la genèse du sens maternel, et de *Racamier* (10) sur la psychopathologie de la maternité, de même que de *Marie Langer* (6) en Argentine et de *Judith Kestenberg* (5) aux Etats-Unis sur le désir de grossesse. Toutefois, il n'y a pratiquement pas de recherches qui traitent de la sexualité et de son vécu chez la femme enceinte.

En se plaçant entre les indications gynécologiques souvent vagues et les données psychodynamiques raffinées, mais situées plus dans l'imaginaire que dans une situation concrète, la présente communication sur la sexualité pendant la grossesse espère diminuer cette lacune.

Le tabou dans ce domaine englobe non seulement le gynécologue, sa patiente et le conjoint, mais aussi la recherche médicale, étant donné

qu'une étude bibliographique poussée effectuée conjointement avec l'Institut Kinsey en 1972 nous a permis de détecter seulement huit publications scientifiques sur ce sujet. En général, les renseignements étaient peu utilisables parce qu'axés sur des aspects marginaux tels que, par exemple, «un cas d'embolie gazeuse lors du coït pendant la grossesse» (1), etc.

Il a fallu attendre les expériences récentes de *W. Masters* et *V. Johnson* (7) aux USA pour avoir des résultats scientifiquement utilisables. Ces auteurs ont confirmé le fait que l'état de grossesse augmente nettement la vascularisation des viscères pelviens. En plus, leur observation expérimentale a montré que, dès le deuxième trimestre l'orifice vaginal est réduit de 75% par la vaso-congestion massive lors de l'excitation sexuelle. Ceci implique une stimulation locale accentuant les possibilités de satisfaction sexuelle chez la femme enceinte.

Cliniquement, la plupart des femmes ont signalé une diminution de l'envie et de la satisfaction sexuelles au premier trimestre, que les auteurs expliquent, soit par un mauvais état physique (nausées, somnolence et asthénie), soit par une crainte de léser dans le coït le produit de la conception, soit encore par le malaise psychologique dû au fait que l'enfant venait modifier un équilibre acquis par le couple. Ces facteurs psychologiques négatifs n'étaient pas contrebalancés par des facteurs physiques favorables, étant donné que la vaso-congestion pelvienne était encore réduite au premier trimestre.

En revanche, au deuxième trimestre, 80% des femmes ont mentionné une amélioration de leur vie sexuelle dans tous les paramètres (libido, fréquence et satisfaction). Ceci était dû au fait que les soucis socio-économiques étaient contrôlés, les craintes psycho-

logiques neutralisées et les conditions anatomo-physiologiques plus propices.

Au troisième trimestre 75% des femmes ont relaté une réduction de la vie sexuelle plus accentuée chez les primipares; elle était due aux conseils médicaux et aux divers ennuis de la fin de la grossesse (plénitude abdominale, douleurs dans le dos, fatigue, etc).

Au post-partum, la moitié des femmes ont indiqué une sexualité très basse encore au troisième mois suivant l'accouchement provenant soit de l'asthénie, soit d'une dyspareunie ou de pertes vaginales irritantes. Certaines patientes ont été troublées par la stimulation érotique des seins provoquée par la têtée, ceci déclenchant une dangereuse confusion entre leur sens maternel et leur réactivité sexuelle.

Enfin, *Masters* et *Johnson* ont trouvé que les réactions sexuelles ont été en général moins favorables chez les primipares et que les conseils médicaux ont été parfois trop prudents ou inadéquats. Certains médecins ont déconseillé les rapports sexuels au troisième trimestre sans raison impérieuse et pour des risques mécaniques ou infectieux qui, en réalité, ne sont qu'un héritage du passé. Le seul véritable danger de la sexualité pendant la grossesse est de déclencher des contractions utérines lors de l'expérience orgasmique pouvant favoriser une fausse couche précoce ou, ultérieurement, une rupture de la poche.

En partant de ces données médicales, nous avons essayé à Genève de saisir l'incidence de certains autres facteurs psycho-affectifs (8). Pour ce faire, cent femmes hospitalisées à la Maternité ont été interrogées par *M. Charbonnier* et moi-même après leur accouchement, sur la sexualité pendant la durée de leur grossesse. Nous avons utilisé la technique de l'entretien clinique semi-standardisé qui permet, à la fois de créer la spontanéité indispensable pour des recherches sexologiques, et à la fois de focaliser les renseignements sur des variables choisies à l'avance et donc mesurables entre elles. L'utilisation de l'entretien clinique semi-standardisé, avec toute sa richesse et la souplesse qu'il permet, a compensé probablement le handicap de faire une seule interview en fin de grossesse, avec le danger de télescopage des renseignements entre les trois trimestres.

Les résultats du comportement sexuel selon les trimestres de la grossesse sont résumés dans le tableau ci-joint:

	+	-	=
1er trimestre			
Désir	15	21	64
Fréquence	11	25	64
Satisfaction	17	16	67
+ 2 NP*			
2e trimestre			
Désir	14	42	44
Fréquence	7	49	44
Satisfaction	14	36	50
+ 2 NP*			
3e trimestre			
Désir	10	73	15
Fréquence	3	84	11
Satisfaction	9	65	24
+ 2 NP*			

* NP = *fausse couche*

La lecture de ce tableau montre que la grossesse a modifié la vie sexuelle, dans le sens que la sexualité a diminué *progressivement* au fur et à mesure que la grossesse avançait. En particulier, nous n'avons pas remarqué l'amélioration notable du deuxième trimestre, signalée par *Masters*.

Au premier trimestre, environ 15% des femmes ont indiqué une amélioration et 20% une diminution de la vie sexuelle par rapport à l'année précédant la conception: la majorité de l'échantillon, soit entre 64 et 67%, n'a pas signalé de changements notables. Au deuxième trimestre par contre, la diminution de la sexualité a été notée par 40% environ des patientes et ce pourcentage a augmenté entre 65 et 84% au troisième trimestre. Ces chiffres ont varié modérément selon que l'on a étudié le désir, la fréquence ou la satisfaction sexuels. En général, le désir et la satisfaction ont persisté plus longtemps que la fréquence qui a diminué plus tôt et d'une manière plus accentuée.

Au-delà de la recherche de *Masters*, nous avons essayé de découvrir comment ces modifications sexuelles pen-

dant la grossesse ont pu être influencées par des facteurs psycho-physiques, ceci étant rendu possible par l'utilisation de l'entretien clinique. Je ne dirai que deux mots sur quelques données sociologiques car l'échantillon relativement restreint se prêtait peu à des corrélations statistiques.

Nous avons remarqué que les étrangères prises globalement ont modifié leur comportement sexuel plus nettement que les Suissesses, soit dans le sens d'une amélioration, soit d'une diminution de la sexualité. On ne sait pas si cela est dû à la nationalité ou à la confession, étant donné que la plupart des étrangères sont catholiques. Quant à la pratique et à l'attachement religieux, indépendamment de la confession, il existait une corrélation très nette dans le sens que la pratique religieuse allait de pair avec une diminution de la fréquence sexuelle, surtout pendant la deuxième partie de la grossesse.

Cette recherche a permis en même temps de généraliser et confirmer plusieurs informations cliniques. Par exemple, un mauvais état physique pendant la grossesse a fortement diminué le comportement sexuel, en particulier la fréquence. L'influence négative de l'asthénie, de l'obésité, des algies et des vomissements a été très évidente, de même que les menaces de fausse couche ou d'accouchement prématuré qui ont agi dans 10% des cas.

L'état psychique de la femme enceinte a aussi eu une influence prépondérante sur sa sexualité. Les sujets équilibrés ont présenté le comportement sexuel le plus stable, tandis que les patientes épanouies par la grossesse ont vu leur vie sexuelle s'améliorer. Enfin, les femmes qui ont émotionnellement mal accepté leur grossesse ont mentionné une sexualité détériorée dès le début. En revanche, d'autres femmes qui avaient surtout peur pour l'enfant ont réduit leurs performances sexuelles seulement vers la fin de la grossesse.

A propos de peurs, signalons que plus de 50% des femmes ont dit avoir eu peur que l'acte sexuel puisse blesser l'enfant dans le ventre ou déclencher la naissance d'un enfant malformé. Ces peurs imaginaires et parfois folkloriques ont nettement dépassé les craintes naturelles sur les dangers d'une éventuelle fausse couche ou d'un accouchement prématuré. L'impres-

sionnante fréquence de ces peurs rend nécessaire une investigation ultérieure pour en interpréter la signification symbolique, quoiqu'on puisse déjà dire qu'elles semblent bien être un témoignage de l'inquiétude des femmes quant au droit à leur plaisir sexuel durant la grossesse.

Ceci semble être confirmé par l'étude des activités sexuelles de remplacement, la masturbation réciproque en particulier. Si ces cernières sont intervenues avec une fréquence importante (45%) et que, dans les deux tiers des cas elles étaient désirées et bien acceptées par le couple, pour 30% des femmes environ, elles ont été unilatérales et uniquement en faveur de l'homme. Ceci confirme l'impression que, pendant la grossesse, le besoin sexuel chez la femme est soit diminué, soit inhibé.

Quant aux rêves érotiques, ils semblent suivre la courbe de la sexualité au début de la grossesse et, en revanche, augmenter nettement lors du troisième trimestre en prenant un caractère compensatoire par rapport à une vie sexuelle diminuée.

Comme l'a déjà remarqué *Hartman* (3), les partenaires masculins paraissent aussi influencer le comportement sexuel. Dans notre recherche, la moitié d'entre eux ont décidé de leur propre chef, ou d'entente avec leur femme, de restreindre la fréquence des relations sexuelles. Ils ont présenté, presque aussi fréquemment que les femmes des craintes réelles et souvent imaginaires de faire du mal au foetus. Malgré la réduction de la vie sexuelle, les changements psychologiques à l'égard de la femme enceinte ont été en général positifs, et 62% des maris se sont montrés plus compréhensifs et attentionnés. Il n'y a donc pas de relation directe entre diminution de la vie sexuelle et détérioration du lien affectif pendant cette période.

Le gynécologue, peu informé du point de vue sexologique, a joué un rôle insuffisant et inférieur à notre attente, étant donné qu'un tiers seulement est intervenu par des conseils. Le dialogue entre la patiente et son médecin n'a pas toujours été aisé, puisque 25% des femmes n'ont pas osé demander des renseignements tout en les désirant. De même, l'information fournie par les livres a paru souvent trop vague à nos patientes qui ont par contre bénéficié

... les débuts sont importants



Alimentation des nourrissons

Le lait maternel constitue pour le nourrisson le meilleur et le plus naturel des aliments. S'il ne suffit pas ou si la mère ne peut pas allaiter, les biberons WANDER le remplacent idéalement. Ils contiennent du lait partiellement totalement ou adapté, dont la composition est très proche de celle du lait maternel.

Adapta, Létrama, Lacto-Véguva, Lacto-Frutiva, Végumine, Nutravit.

WANDER

Alimentation des nourrissons et des enfants – c'est la qualité qui fait la différence!

des cours d'accouchement sans douleur (28% de réactions positives). **La corrélation a été très significative entre le degré d'information de la patiente et son épanouissement sexuel pendant la grossesse.**

Les personnalités équilibrées ont peu modifié leur vie sexuelle, et les changements éventuels ont été provoqués par des raisons objectives telles que le danger de fausse couche. En revanche, les femmes angoissées et phobiques ont vu leur sexualité négativement affectée par de nombreuses craintes, en grande partie imaginaires, centrées sur le danger de blesser ou d'abîmer le fœtus lors de l'acte sexuel.

Les personnalités infantiles et un peu hystériques ont présenté des réactions contradictoires, dans le sens que les femmes qui vivaient la grossesse et l'enfant en tant que réalisation de leur complétude, se sont épanouies sexuellement, tandis que celles qui se sont repliées narcissiquement sur elles-mêmes ou qui ont été gênées par les modifications esthétiques de leur corps en fin de grossesse, ont mentionné une sexualité moins satisfaisante et surtout une baisse de la libido. Enfin, les patientes à tendance virile et plutôt obsessionnelles ont en général «consciencieusement» mis de côté toute la question sexuelle pendant la grossesse pour pouvoir se concentrer sur leur devoir de mère.

Je terminerai par quelques remarques générales. Il est actuellement indispensable de dépasser les études classiques sur la sexualité qui portaient systématiquement de cas psychiatriques ou médico-légaux, pour aboutir à une connaissance de la sexualité normale. De plus en plus, des situations normales, comme par exemple la sexualité chez la femme enceinte, méritent d'être investiguées et ensuite en-

seignées dans le cadre de la formation médicale, ne serait-ce qu'à cause de la fréquence de l'événement et son impact sur l'équilibre psychique de la femme et du couple, si l'on se souvient de l'abondance ahurissante d'informations inexactes et de peurs imaginaires. Ce tabou qui, comme on l'a dit, semble englober à la fois la femme, son mari et souvent son médecin, peut être partiellement dépassé par des études qui reviennent avec une rigueur scientifique à l'observation du comportement sexuel avant d'en élaborer une nouvelle explication psychologique.

Sur le plan pratique, l'étude de la sexualité pendant la grossesse a aussi ouvert de nouvelles perspectives comme la possibilité de traiter certaines formes de frigidité primaire en profitant des modifications physiologiques et psycho-affectives déclenchées par la grossesse.

En même temps, l'importante implication psychologique et sociale de la sexualité pendant la grossesse m'a convaincu de l'utilité d'une prochaine recherche qui étudiera le même phénomène, mais en interrogeant cette fois les maris et en s'occupant davantage du comportement sexuel masculin.

En attendant les résultats de cette nouvelle approche, on peut conclure en disant que la sexualité chez la femme enceinte est influencée à la fois par de nombreuses modifications somatiques et par tous les aspects psycho-affectifs de la maternité et de la sexualité, qui se trouvent accentués par leur intrication au niveau de la grossesse. Je crois fermement qu'une information plus systématique et plus exacte du couple et de la classe médicale représente actuellement la meilleure prophylaxie pour une sexualité épanouie pendant la grossesse. □

Bibliographie

1. Aronson M.E. and Nelson P.: Fatal air embolism in pregnancy resulting from an unusual sexual act. *Obstetrics and Gynecology*, 30, 127 July, 1967.

2. Dolto F.: La genèse du sentiment maternel, éclairage psychanalytique. *Bull. Off. Soc. Franç. de Psycho-Prophylaxie Obstétricale*, No 32, pp. 43-55, 1967.

3. Hartman A.A. and Nicolay R.C.: Sexually deviant behavior in expectant fathers, In Shilon, Ailon (ed.), *Studies in Human Sexual Behavior*, The American Scene, Springfield, Ill. C.C. Thomas, 1970.

4. Israel L.S. and Rubin I.: Sexual relations during pregnancy and the post-delivery period. *Siecus Study Guide*, No 6, New York, 1967.

5. Kestenberg J.: On the development of maternal feelings in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child...* vol. XI, pp. 257-291, 1956.

6. Langer M.: *Maternidad y sexo*. Nova (ed.), Buenos Aires, 1951

7. Masters W. et Johnson V.: Les réactions sexuelles. Ed. Laffont, Paris, 1968.

8. Pasini W.: Le désir de grossesse, fil d'Ariane de la gynécologie psychosomatique. *Med. et Hyg.*, 29, 1393-1397, 1971.

9. Pugh W.E. and Fernandez F.L.: Coitus in late pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 2, 636, 1953.

10. Façier P.C.: Troubles de la sexualité féminine et du sens maternel. *Bull. Off. Soc. Franç. de Psycho-Prophylaxie Obstétricale*, No 32, pp. 3-41, 1967.

Suture et Dyspareunie

Un témoignage

Un certain jour d'hiver 1986, après un jour et demi de contractions ininterrompues, sous péridurale pendant les six dernières heures, je «suis accouchée» par forceps de mon enfant aîné. Notre

joie est totale, et les douleurs du moment vite oubliées. Bien sûr une épisiotomie a été faite, et pas une petite, notre bébé pesant 3700 g! J'ai bien de la peine à m'asseoir, à aller à selles, à

faire certains mouvements pendant les dix premiers jours. Par la suite, tout s'arrange et au contrôle post-partum, mon gynécologue m'assure que tout va bien.

Donc, nous pouvons reprendre «la vie de couple». Un premier essai, tout en douceur, s'avère catastrophique! Une douleur aiguë empêche tout rapport! D'accord, on attendra encore un peu. Un mois plus tard, nouvel essai, nou-