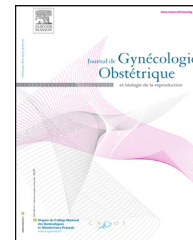




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



TRAVAIL ORIGINAL

Sexualité du couple lors de grossesse issue d'une procréation médicalement assistée

Sexuality of the couple during pregnancy stemming from a medically assisted procreation

K. Chaabane*, K. Trigui, S. Kebaili, D. Louati, H. Gassara, A. Dammak, H. Amouri, M. Guermazi

Service de gynécologie obstétrique de l'EPS Hédi Chaker, faculté de médecine de Sfax, 3029 Sfax, Tunisie

Reçu le 26 avril 2012 ; avis du comité de lecture le 5 août 2012 ; définitivement accepté le 17 août 2012
Disponible sur Internet le 16 février 2013

MOTS CLÉS

Procréation assistée ;
Désir ;
Sexualité

Résumé

Objectif. — Nous avons étudié l'impact de grossesse issue d'une procréation médicalement assistée sur la sexualité du couple.

Patientes et méthodes. — Notre étude était prospective réalisée à la maternité de Sfax sur une durée de neuf mois. Sa méthodologie repose sur un questionnaire distribué à 40 femmes et sur une revue de la littérature.

Résultats. — Nos patientes continuaient à avoir une activité sexuelle pendant leur grossesse dans la majorité des cas (au moins 65 % des cas) mais avec une diminution de la libido dans 80 % des cas, ainsi qu'une nette diminution de la fréquence des rapports sexuels.

Discussion et conclusion. — Face à ces difficultés de la vie sexuelle constatées aussi dans la littérature, un soutien psychologique de ces couples est recommandé ainsi qu'une prise en charge sexologique adaptée au contexte particulier de l'assistance médicale à la procréation paraît justifié.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Assisted procreation;
Desire;
Sexuality

Summary

Objective. — We studied the impact of pregnancy stemming from a medically assisted procreation on the sexuality of the couple.

Patients and methods. — Our study was forward-looking realized in the maternity of Sfax on duration of nine months. Its methodology is based on a questionnaire distributed to 40 women and on a review of the literature.

Results. — Our patients continued to have a sexual activity during their pregnancy in the majority of the cases (at least 65% of the cases) but with a decrease of libido in 80% of the cases as well as a net decrease of the frequency of the sexual intercourse.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chaabanekais@voila.fr (K. Chaabane).

Discussion and conclusion. — In front of these difficulties of the consequent sexual life noticed also in the literature, a psychological support of these couples is so recommended that a sexologic care adapted to the particular context of the medically assisted procreation countered justified.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La conception d'un enfant et la sexualité sont deux thèmes qui ont été étroitement liés pendant des milliers d'années. Cependant, au ^{xxi}^e siècle, on assiste à une grande réussite de la médecine ayant contribué à l'éloignement de la procréation et de la sexualité. En effet, en offrant aux couples infertiles la possibilité de devenir parents grâce aux techniques de procréation médicalement assistée (PMA), la procréation s'est libérée de la sexualité : elle n'est plus dépendante de la sexualité mais de la médecine. Cela nous pousse à nous interroger sur la sexualité des couples lors d'une grossesse issue de PMA. Cette enquête vise à apprécier les opinions et les pratiques des femmes tunisiennes en termes de sexualité au cours d'une grossesse hautement désirée obtenue par PMA après un contexte d'infertilité. Ainsi, la première partie de ce travail est une étude des croyances des patientes à propos de l'impact réciproque de la sexualité et de la grossesse. Ensuite, il s'agit d'étayer la vie sexuelle du couple lors d'une grossesse évolutive sans complications issue d'une des techniques de PMA.

Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective à propos de la sexualité des couples lors d'une grossesse issue de PMA. L'étude était réalisée à la maternité de Sfax du 1^{er} mars 2010 au 30 novembre 2010, soit une durée totale de neuf mois. Nous avons inclus les patientes ayant bénéficié d'une PMA avec obtention d'une grossesse évolutive.

Les patientes ayant accepté de participer à cette étude et de répondre ainsi au questionnaire ont été rassurées du caractère confidentiel des réponses données. Nous avons exclu les gestantes qui avaient une pathologie obstétricale contre-indiquant les rapports sexuels au cours de cette grossesse (placenta praevia, menace d'avortement ou d'accouchement prématuré ou métrorragie). On a établi une fiche comportant 39 questions réparties en trois grands chapitres : les opinions à propos de la sexualité et de la grossesse, la sexualité au cours de la grossesse actuelle et la sexualité après la grossesse actuelle. Cette fiche a été remplie par chaque parturiente. Pendant la période d'étude, 40 couples remplissaient les critères d'inclusion de notre étude. Les données ainsi recueillies étaient saisies et analysées par le logiciel SPSS 17. Les tests statistiques adaptés ont été utilisés pour l'analyse des données.

Résultats

L'âge moyen de nos patientes était de 29 ans avec des extrêmes allant de 19 ans à 40 ans. L'âge moyen des partenaires était de 36 ans avec des extrêmes allant de 25 ans

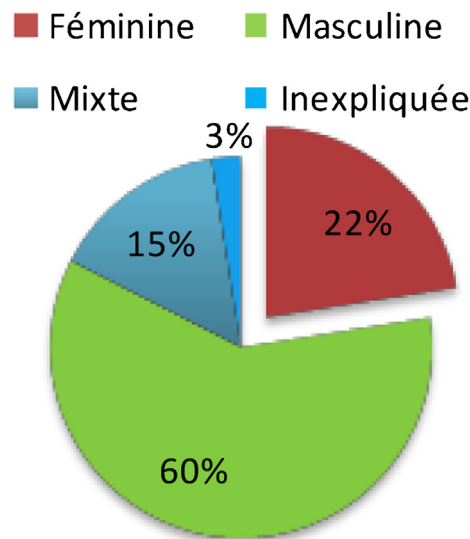


Figure 1 Répartition des patientes selon les étiologies de l'infertilité.

Distribution of the patients according to the etiologies of the infertility.

à 55 ans. Les antécédents médicaux et la notion de prise médicamenteuse pouvant intervenir sur la fertilité puis sur la grossesse ont été recherchés. Aucun antécédent notable n'a été constaté dans notre série. La durée moyenne de l'infertilité dans notre série était de quatre ans et trois mois avec des extrêmes allant de un an à 13 ans. L'infertilité était primaire chez 32 couples (82 %) et secondaire chez les huit autres. Les huit femmes présentant une infertilité secondaire ont cumulé dans leurs antécédentes 16 grossesses : dix grossesses spontanées (62,5 %) et six grossesses obtenues après induction simple de l'ovulation dans quatre cas et deux grossesses après une PMA (une FIV et un *intra cytoplasmic sperm injection* [ICSI]). L'étiologie de l'infertilité (Fig. 1) était féminine dans neuf cas, masculine dans 24 cas, mixte dans six cas et inexpliquée dans un seul cas.

L'ICSI était la méthode de PMA la plus pratiquée (Fig. 2), il s'agissait d'une première tentative dans 36 cas, d'une deuxième tentative dans trois cas et d'une troisième tentative dans un seul cas. On a recensé dans notre série quatre grossesses gémellaires. Toutes les grossesses étaient hautement désirées. L'âge gestationnel moyen était de 22 SA (Fig. 3).

En ce qui concerne la sexualité au cours de la grossesse, les opinions des enquêtées sont les suivantes :

- la majorité des gestantes (90 %) affirment qu'il est possible d'avoir des rapports sexuels pendant la grossesse ; la

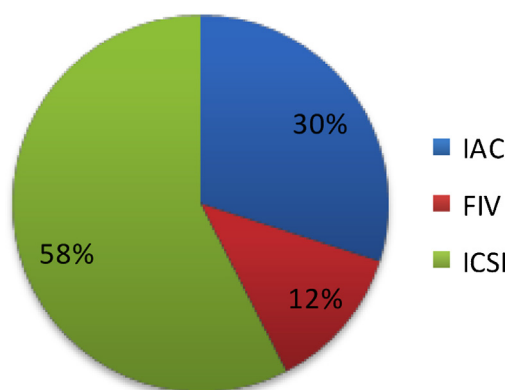


Figure 2 Répartition des patientes selon la technique de procréation médicalement assistée (PMA).

Distribution of the patients according to the technique of medically assisted procreation (MAP).

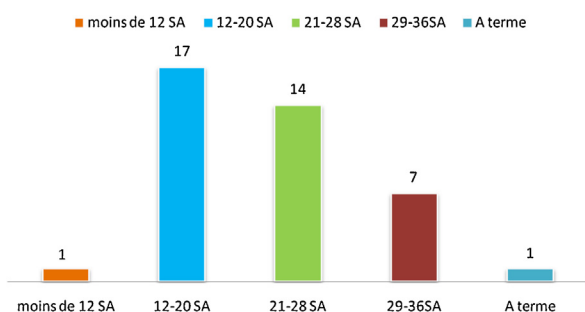


Figure 3 La répartition selon l'âge gestationnel.

The distribution according to the gestational age.

principale raison des rapports est la satisfaction du plaisir du partenaire ;

- la moitié des femmes, soit 52,5%, pensent que les rapports sexuels n'ont aucune conséquence sur l'enfant à naître ; pour les autres patientes (19 cas), l'activité sexuelle est à risque de menace d'avortement, d'infection et d'accouchement prématuré ;
- toutes nos patientes étaient heureuses de mener cette grossesse ; seules onze patientes se sentaient plus séduisantes ; la majorité des patientes (70 %) avait affirmé que la grossesse modifie la relation au sein du couple plutôt positivement ; la réponse des 10 autres patientes était en faveur d'un impact négatif dans six cas et « ne sait pas » dans deux cas ;
- pour l'impact de la sexualité sur la qualité d'accueil du bébé : nos parturientes n'ont pas compris la question ou plutôt la relation sexualité et qualité d'accueil du bébé : la réponse était « ne sait pas » dans 82,5% des cas ; seules

Tableau 1 La fréquence de l'activité sexuelle du couple.
The frequency of the sexual activity of the couple.

Réponse	Nombre	Pourcentage
Très souvent	8	20
Souvent	18	45
Rarement	14	35

Tableau 2 La variation du désir sexuel au cours de la grossesse.

The variation of the sexual desire during the pregnancy.

Réponse	Nombre	Pourcentage
Négative	32	80
Positive	1	2,5
Aucune	7	17,5

trois patientes (7,5%) ont affirmé que plus le couple est en bonne santé sexuelle, plus l'accueil de l'enfant sera meilleur ;

- nos patientes continuaient à avoir une activité sexuelle pendant leur grossesse obtenue après recours aux techniques de PMA (Tableau 1), avec une diminution de la libido dans 80% des cas, soit 32 femmes (Tableau 2) ;
- l'initiative des rapports était prise par le mari dans 77% des cas alors qu'elle ne l'était par la femme elle-même que dans 15% des cas ;
- la fréquence des rapports sexuels par semaine s'est effondrée chez 90% des gestantes au profit des autres formes de tendresses (baisers et caresses) ; le nombre des rapports sexuels était d'un rapport par semaine avec des extrêmes d'un rapport par mois et de trois rapports par semaine ;
- une peur de la sexualité était ressentie par 57,5% de nos patientes ; en effet, cela sous-entend une peur de gêner ou de nuire au futur bébé ;
- aucun cas de dysfonction sexuelle à type d'impuissance, de dysfonction érectile chez l'homme ou de vaginisme chez les femmes n'a été observé au cours de la grossesse issue de PMA ; cependant, la dyspareunie a été notée dans 11 cas, soit 27,5% de ces grossesses ;
- la plupart des patientes prévoient une reprise de la sexualité après 40 jours de l'accouchement (85%) ; les six autres pensaient qu'un délai d'un mois sera suffisant.

Discussion

La prévalence de l'infertilité est très variable selon les pays. On estime toutefois que dans les pays développés, un couple sur six doit faire face à un délai de conception, et que environ 2% des couples vont rester sans enfant [1,6].

Impact de l'infertilité sur la vie sexuelle du couple

Il a été clairement démontré dans la littérature que l'infertilité représente une expérience délétère pour la vie sexuelle du couple et touche aussi bien l'homme que la femme [2]. En effet, l'infertilité menacerait la masculinité et/ou l'estime de soi des hommes [2,3]. L'homme peut se sentir impuissant car il ne peut permettre à son épouse de réaliser son désir de maternité. Des troubles sexuels peuvent alors générer des sentiments de culpabilité, de honte, d'inadéquation personnelle et sexuelle [4].

Les femmes vivent encore plus mal l'infertilité et se culpabiliseraient plus que les hommes. En effet, si les difficultés de l'homme infertile relèvent principalement de blessures narcissiques, celles des femmes résultent

davantage de l'obsession d'être mère. Un flot de sentiments négatifs (tristesse, frustration, déception, colère, injustice) accompagne chaque mois l'arrivée des règles et la femme tend progressivement à subordonner sa sexualité à son désir de grossesse. Les rapports sexuels sont moins fréquents, avec moins de préliminaires, doivent se dérouler préférentiellement en période ovulatoire [2]. Des troubles sexuels, tels que la dyspareunie, le vaginisme ou l'inhibition du désir vont souvent s'installer [5]. Les causes de l'infertilité sont nombreuses. Il est souvent difficile de découvrir la cause exacte de l'infertilité. Globalement, on évalue que les causes féminines sont à l'origine de 39 % des cas d'infertilité, les causes masculines de 20 %, la mixité de 26 %. Dans 15 % des cas, les causes de l'infertilité restent inconnues. Dans notre série également, l'infertilité masculine a été notée dans 60 % des cas. Les causes féminines et mixtes étaient respectivement de 22 % et 15 %.

La procréation médicalement assistée

L'avènement de nouvelles techniques d'aide médicale à la procréation a donné espoir à des millions de couples dans le monde en leur offrant la chance de voir leur espoir de fonder une famille se réaliser. Aujourd'hui les deux techniques, FIV et ICSI, sont utilisées aussi fréquemment l'une que l'autre. Dans notre étude, l'ICSI était de recours dans 58 % des cas contre 12 % de FIV et 30 % d'insemination artificielle intra-couple (IAC). Cette répartition est expliquée par la prédominance des étiologies masculines d'infertilité. Les traitements proposés en PMA sont chers et différemment pris en charge par les assurances et les politiques de soins. Toutefois, la PMA constitue une lourde procédure médicale qui n'est couronnée de succès que dans un tiers des cas [7,8].

Opinions à propos de la sexualité et grossesse

Auparavant, certaines sociétés ont restreint ou interdit de façon instinctive les rapports sexuels pendant la grossesse et le post-partum, car la pénétration sexuelle était jugée à tort comme dangereuse pour la grossesse [9]. D'autres cultures et religions conseillent les rapports sexuels au cours de la grossesse pour nourrir l'enfant ou pour lubrifier les voies génitales au cours de l'accouchement. En Afrique, dans la tribu Azanda, le sperme était considéré comme un facteur important de la croissance du fœtus. Chez les Dogons (Mali), il était indispensable de coucher avec la future mère pour que l'enfant grossisse, chez les esquimaux, plus l'homme faisait l'amour à sa femme enceinte, plus l'enfant lui ressemblait [10].

Les rapports sexuels étaient possibles pendant la grossesse pour 90 % des gestantes de notre série. Nos résultats sont conformes aux données de la littérature ; en effet, Dao et al. [11] et Orji et al. [12] rapportaient des opinions favorables respectives de 95 % et 96 % en faveur de la poursuite des rapports sexuels au cours de la grossesse. La culture musulmane en général et tunisienne en particulier ne limite ni n'encourage la pratique sexuelle au cours de la grossesse.

La principale raison des rapports est la satisfaction du plaisir du partenaire [13,14]. Comme souligné par de nombreux auteurs [15,16] et rapporté par les femmes de notre

étude, il existerait une baisse du plaisir lié à l'acte sexuel et même du désir au cours de la grossesse. Malgré le peu de plaisir généré par l'acte sexuel, la majorité des femmes de cette étude s'y adonnent en réalité pour satisfaire ou retenir le partenaire comme le soulignent Adinma [13], Naim et Bhutto [14] et Orji et al. [12]. La moitié des femmes soit 52,5 % pensent que les rapports sexuels n'ont aucune conséquence sur l'enfant à naître. Pour les autres patientes (19 cas), l'activité sexuelle est à risque de menace d'avortement, d'infection et d'accouchement prématuré. Il existe en effet des vues erronées des femmes sur les conséquences possibles de l'acte sexuel sur la grossesse [16,17], les plus citées étant l'avortement et l'accouchement prématuré [13,14]. L'étude de Sayle et al. [18] montre que l'acte sexuel n'augmentait pas le risque d'accouchement prématuré mais faciliterait le déclenchement du travail à terme selon Tan et al. [19]. La majorité des patientes (70 %) avait affirmé que la grossesse modifie la relation au sein du couple plutôt positivement. Le succès d'une lourde procédure de PMA est le bienvenu dans la vie du couple [20]. Nos femmes n'ont pas compris la relation sexualité et qualité d'accueil du bébé dans 82,5 % des cas. Cependant, poursuivre une activité sexuelle pendant la grossesse renforce les liens du couple, prépare un accueil équilibré de l'enfant et diminue le risque de problèmes sexuels dans la période du post-partum. Seules huit patientes (20 %) dans notre étude ont posé des questions à propos de la sexualité à leurs médecins traitants. Ces résultats démontrent une absence de sources fiables d'information des gestantes en matière de sexualité. En effet, rares sont les livres obstétricaux qui abordent le sujet de la sexualité de la femme enceinte. Si ce manque d'information trouve son explication dans la rareté des écrits, il faut reconnaître que le personnel soignant n'est pas exempt de reproche. En effet, Reichenbach et al. [21] avaient montré dans leur étude que dans 86 % des cas, le personnel soignant n'avait pas abordé le problème des rapports sexuels avec les gestantes et dans 94 % des cas, il n'avait pas donné des conseils. Wing et al. [22] relevaient que seulement 9,4 % des médecins avaient discuté de ce sujet avec les patientes.

Dans l'étude de Bartellas et al. [17], seules 34 % des patientes en ont discuté avec leur médecin et 9 % seulement pour Fok et al. [16]. Les enquêtes montrent que si 76 % des femmes enceintes pensent qu'elles devraient parler de leur sexualité à un médecin, seules 29 % « osent » aborder le sujet. Près d'une femme sur deux estime qu'il est gênant d'en parler.

Sexualité des couples lors de grossesse issue de procréation médicalement assistée

La présence d'activité sexuelle

Près de 50 % des femmes craignent que les rapports soient nocifs pour la grossesse. Les résultats des différentes études objectives permettent les conclusions suivantes :

- la durée de la grossesse n'est pas corrélée à la fréquence des rapports sexuels. Ceux-ci ne peuvent donc pas la raccourcir ;
- il n'y a pas d'association significative entre activité sexuelle et risque d'accouchement prématuré.

On peut donc considérer que, lorsqu'une grossesse se déroule normalement, l'activité sexuelle peut être poursuivie « normalement ».

Nos patientes continuaient à avoir une activité sexuelle pendant leur grossesse obtenue après recours aux techniques de PMA dans 65 % des cas, mais 57,5 % de nos patientes éprouvaient une peur de la sexualité. En fait, cela sous-entend une peur de gêner ou nuire au futur bébé. La peur de la sexualité peut expliquer la difficulté d'éprouver du plaisir et ainsi le regard négatif porté à la sexualité ; elle est en grande partie liée au fait que la grossesse est précieuse, survenant au décours d'une prise en charge médicale astreignante ; elle peut aussi être liée aux petits maux fréquents. Cependant, aucune étude objective à ce jour n'a pu établir une corrélation entre rapports sexuels et la survenue de complications gravidiques [23].

Variation du désir sexuel

La libido était fortement diminuée chez la majorité des gestantes (80 %). La répercussion des petits maux de grossesse était importante à très importante dans 80 % des cas. Nos résultats ne différaient pas de ceux retrouvés dans la littérature en général. En effet, Masters et Johnson [24] ont constaté une réduction du désir et du plaisir sexuel au premier trimestre. Au deuxième trimestre, une augmentation de l'érotisme et de l'orgasme a été notée. Au troisième trimestre, les femmes rapportaient une baisse graduelle du désir sexuel. D'autres études [9,13,16] ont montré également cette baisse graduelle du désir sexuel au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse.

L'initiative des rapports

L'initiative des rapports sexuels était le plus souvent le fait du conjoint dans une proportion de 77 % dans notre série. L'initiative des rapports sexuels revenait à la femme dans seulement 15 % des cas. Ces résultats sont proches de ceux de Dao et al. [11], Adinma [13] et de Naim et Bhutto [14]. Ils pourraient nous faire penser que la grossesse ne constituait pas un obstacle aux rapports sexuels pour l'homme. Près de la moitié (52 %) des gestantes avaient le sentiment que la satisfaction sexuelle de leur partenaire demeurait inchangée. Cependant, il semble exister une diminution lente du désir sexuel de l'homme au premier et au deuxième trimestre de la grossesse, et une diminution plus brutale au troisième trimestre, même si peu d'étude sont consacrées à la sexualité masculine au cours de la grossesse [1]. On imagine aisément les difficultés psychologiques liées à cette nouvelle situation durant laquelle ils doivent s'adapter aux modifications progressives de la morphologie féminine et à la présence de l'enfant au sein de la femme.

La variation du nombre des rapports

Si de nombreuses études décrivent une raréfaction de l'activité sexuelle pendant l'AMP [1,2], le résultat de notre étude et de celle de Gamet [25] laisse à penser que la grossesse n'est pas une période d'inversion de cette tendance puisque la grossesse même spontanée à l'exception de quelques auteurs, est une période de diminution de l'activité sexuelle [25–28]. Effectivement, la fréquence des rapports sexuels par semaine s'est effondrée chez 90 % des gestantes de notre série au profit des autres formes de tendresses (baisers et caresses).

Nos résultats étaient conformes à ceux retrouvés dans la littérature moderne en général. En effet, les études de Dao et al. [11], Naim et Bhutto [14] et d'Orji et al. [12] avaient montré une diminution du nombre des rapports sexuels au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse. Cette situation s'explique, d'une part, par les signes sympathiques du premier trimestre dominés par les vomissements, 36 % dans la série d'Orji et al. [12], l'inconfort et la fatigue dus à la surcharge pondérale au troisième trimestre, d'autre part.

L'épanouissement sexuel

Dans notre étude, la plupart des patientes estimaient les rapports sexuels moins satisfaisants pour elles par rapport à l'état de non gestité. Dans l'étude de Bogren [29], la satisfaction sexuelle avait diminué de 35 % au premier trimestre et de 55 % au troisième trimestre. Notre étude a cependant observé chez 2 % des femmes une augmentation de la satisfaction sexuelle. Nos résultats révèlent une sexualité en souffrance pour la majorité des personnes interrogées conformément aux données de la série de Gamet [25]. Ils sont en corrélation avec les études de la littérature décrivant un effet délétère de l'infertilité sur la sexualité [30,31]. Toutefois, ces deux études apportent une précision : l'AMP réussie ne parviendrait pas, à rétablir un bien-être sexuel avant l'arrivée de l'enfant et en post-partum.

Reprise de la sexualité après grossesse

La plupart des patientes prévoient une reprise de la sexualité après 40 jours de l'accouchement (85 %). L'influence de la religion musulmane dans notre série peut expliquer cela. Il semble que les femmes allaitantes aient tendance à retarder la reprise de l'activité sexuelle [32,33].

Rôle de l'équipe soignante

Outre son devoir de prise en charge technique, il appartient à l'équipe soignante de l'unité de médecine de la reproduction et en particulier le gynécologue d'informer le couple de la possibilité d'avoir une sexualité satisfaisante au cours de la grossesse permettant d'effacer l'impact négatif potentiel d'infertilité et du parcours de PMA sur leur vie sexuelle. À la fin de cette étude, on peut proposer certains conseils pratiques :

- il n'y a aucune raison médicale d'interrompre les relations sexuelles au cours d'une grossesse qui se déroule normalement ;
- il faut consulter en cas de signes anormaux surtout en seconde moitié de grossesse. Cela qu'on ait ou non des rapports sexuels !
- si contre-indication ou intolérance des rapports complets : poursuivre une relation sexuelle sans pénétration : caresses, jeux sexuels... Cela ne nuit en rien au fœtus alors que cette relation sexuelle persistante fait perdurer la complicité amoureuse, maintient une intimité et une relation équilibrée qui seront profitables à l'équilibre familial après l'arrivée du bébé et à la reprise des rapports après l'accouchement ;
- les positions : avec la grossesse qui avance, certaines risquent de devenir inconfortables. En tout cas, avec du bon sens et un peu de curiosité, les couples arrivent à trouver les positions les plus confortables.

Conclusion

L'avènement de la FIV a bouleversé la vie de millions de couples dans le monde en leur offrant la chance de voir leur espoir de fonder une famille se réaliser. Toutefois, la FIV constitue un parcours difficile, très astreignant pour le couple et qui n'est couronné de succès que dans un tiers des cas. L'objectif de cette enquête est double : analyser les croyances des femmes tunisiennes à propos de l'impact réciproque de la sexualité et de la grossesse puis étayer la vie sexuelle du couple lors d'une grossesse évolutive sans complications issue d'une des techniques de PMA.

Les résultats de cette étude révèlent une baisse du désir sexuel, une diminution de la fréquence des rapports sexuels et un plaisir moins important chez certaines parturientes après PMA. Cela n'implique pas forcément une souffrance au sein du couple. 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 certains couples. 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 peut être de bons essais. Par ailleurs, le conseil d'une prise en charge sexologique adéquate au contexte particulier de la PMA paraît justifié.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Medico D. Sexualité, grossesse et post-partum. Mémoire pour le certificat de formation continue en sexologie clinique. Genève (Suisse): Université de Genève; 2006 [Disponible à www.gfmer.ch]
- [2] Coeffin-Driol C, Giami A. L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : revue de la littérature. *Gynecol Obstet Fertil* 2004;32:624–37.
- [3] Repokaril L, Punama'ki RL, Unkila-Kallio L, et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod* 2007;22:1481–91, <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dem013>.
- [4] Chevret-Measson M. Désir d'enfant et sexualité. *Prat Psychol* 1999;4:51–5.
- [5] Sandlow JL. Shattering the myths about male infertility. *Postgrad Med* 2000;107:235–9.
- [6] Office Fédéral de la statistique, 2007.
- [7] Fkih M. Impact de la fécondation-in vitro sur la vie sexuelle du couple. Mémoire de fin d'études en sexologie. Sfax (Tunisie): Faculté de médecine de Sfax; 2010.
- [8] Jaoul M, Molina Gomes D, Albert M. Prise en charge psychologique des échecs de procréation, au masculin : une blessure peut en cacher une autre. *Gynecol Obstet Fertil* 2009;37:921–5.
- [9] Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité. Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *J Gyn Obstet Biol Reprod (Paris)* 2011;40:36–41.
- [10] Doucey-jeffrey M, Miton-Conrath S, Le Mauff P, Senand R. Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse? *La Revue Exercer* 2004;71:111–9.
- [11] Dao B, Some A, Ouattara S, Sioho N, Bamba M. Sexualité au cours de la grossesse : une enquête auprès des femmes enceintes en milieu urbain africain. *Sexologies* 2007;16:138–43.
- [12] Orji EO, Ogunlola O, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2002;22:166–8.
- [13] Adinma JI. Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1995;35:290–3.
- [14] Naim M, Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *J Pak Med Assoc* 2000;50:38–44.
- [15] Adeyemi AB, Fatusi AO, Makinde ON. Changes in sexual practices and responses among ante-natal clinic attendees in a Nigerian teaching hospital. *J Obstet Gynaecol* 2005;25:796–802.
- [16] Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:934–8.
- [17] Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG* 2000;107: 964–8.
- [18] Sayle AE, Savitz DA, Thorp Jr JM, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2001;97:283–9.
- [19] Tan PC, Andi A, Azmi N, Noraihan MN. Effect of coitus at term on length of gestation, induction of labor, and mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:134–40.
- [20] Séjourné N, et al. Expérience de la grossesse et de l'accouchement chez 12 femmes ayant bénéficié d'une FIV. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34:625–31.
- [21] Reichenbach S, Alla F, Lorson J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse. Une étude pilote portant sur 72 hommes. *Sexologies* 2001;XI:1–8.
- [22] Wing YF, Yik-Si CL, Yuen PM. Sexual behaviour and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:934–8.
- [23] Daniel W. Grossesse et sexualité. *Rev Med Suisse* 1993;113:797–9.
- [24] Masters W, Johnson VE. Grossesse et réponse sexuelle. In: Les réactions sexuelles. Paris: Laffon R (ed); 1968, p. 161–189; Pasini W. Vie sexuelle pendant la grossesse. In: Sexualité et gynécologie psychosomatique. Paris: Masson; 1974, p. 79–130.
- [25] Gamet ML. À propos d'une étude sur la sexualité des femmes et des hommes pendant la grossesse issue d'une assistance médicale à la procréation (AMP). *Sexologies* 2008;17:102–12.
- [26] Ganem M. La sexualité du couple pendant la grossesse. Paris: Ed Filipacchi; 1992.
- [27] Gamet ML. De l'intérêt de parler de sa sexualité à une femme enceinte ; résultats d'une enquête. 1 Toulouse: Coordination P. Plante; 2002 [GERUA].
- [28] Ferroul Y, Querleu D. Secret de femmes, constances et adaptations de la femme. Collection : « Grands dossiers du XXI^e siècle » n° 137 Charleroi, Belgique: Éditions EMIS/EMPC/Chiron; 2003.
- [29] Bogren L. Changes in sexuality in women and men during pregnancy. *Arch Sex Behav* 1991;20:335–453.
- [30] Zhang Z, Yang Y, Song A. Psychosocial factors in infertile men and women. *Chin Ment Health J* 2000;14:40–2.
- [31] Gordon K, Jamie R. A retrospective account of the impact of infertility on the individual and the couple experiencing in vitro fertilization. *Dissert Abst Int* 2002;62:3800.
- [32] Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1989;3:805–21.
- [33] Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Can Fam Physician* 2005;51:1366–7.