Simona Petriman, Philippe Cornet

Paris VI, département de médecine générale, 27, rue Chaligny, 75012 Paris, France

simona_petriman@yahoo.com

Tirés à part : S. Petriman

Appréhender la sexualité masculine pendant la grossesse. Les médecins généralistes et l'accompagnement des hommes

Résumé

La grossesse est un moment paradoxal qui rapproche le plus souvent les couples quant au projet de la parentalité mais peut les fragiliser dans leur relation d'intimité. Les recherches actuelles concernant la sexualité pendant la grossesse sont centrées sur la femme, or, pour avoir une meilleure connaissance du phénomène, le vécu de l'homme ne peut pas être ignoré. Si pour la femme l'interlocuteur principal est le gynécologue ou la sage-femme, pour l'homme, le médecin généraliste semble être le plus approprié. Le sujet de la sexualité n'est toutefois pas facile à aborder de par son caractère intime. Néanmoins, de nos temps, le professionnel de santé ne peut plus l'ignorer, la sexualité étant reconnue et intégrée dans le concept de santé et considérée comme un aspect central de la personne humaine tout au long de sa vie (OMS, 2004). Le médecin généraliste a un rôle d'accompagnement des hommes quant aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans leur sexualité au cours de la grossesse de leur compagne. Pour connaître le vécu de l'homme pendant la grossesse concernant sa sexualité, une enquête qualitative a été menée auprès de 11 hommes dont les compagnes étaient enceintes ou venaient d'accoucher depuis moins de deux mois.

• **Mots clés**
grossesse ; sexualité ; hommes.

Abstract. To understand male sexuality during pregnancy. The general practitioners and the accompanying men

Pregnancy is a paradoxical moment that most often brings couples closer to the project of parenthood but can weaken them in their relationship of intimacy. Current research on sexuality during pregnancy is centered on the woman, but to have a better knowledge of the phenomenon, the experience of the man cannot be ignored. If, for the woman, the main interlocutor is the gynecologist or the midwife, for the man, the general practitioner

Introduction

Plusieurs études concernant la sexualité pendant la grossesse ont été réalisées. Elles retrouvent une baisse de la libido chez la femme enceinte en contraste avec celle de son partenaire qui est stable [1], une adaptation temporaire de la sexualité pendant la grossesse qui touche presque tous les couples [2] et une permanence des craintes et des fantasmes concernant les rapports sexuels pendant la grossesse [2, 3].

La majorité des études est constituée par des échantillons de femmes enceintes ou des couples mais très peu se sont intéressées à la sexualité masculine pendant la grossesse [4]. De plus, l'accompagnement pendant la grossesse est centré sur la femme et l'enfant, avec peu d'intérêt pour le père. Celui-ci, peu écouté et peu informé, reste aux prises avec ses peurs, ses fantasmes et son éventuelle frustration sexuelle. Son mal-être pendant cette période peut être source de conflit au sein du couple et même d'infidélité [5].

Cependant, parler de la sexualité reste difficile pour l'homme, comme pour le médecin [6]. Les hommes préfèrent que le médecin généraliste aborde le sujet [7]. Le médecin généraliste, de par ses capacités d'écoute et d'approche centrée patient, est le professionnel de santé le plus légitime à faire place à la parole des hommes. Cet espace de parole peut s'avérer essentiel dans l'équilibre du couple quant à sa sexualité.

Au vu de ce constat, il convient pour le médecin généraliste de s'affranchir d'une représentation simpliste de la parentalité heureuse. Sa vigilance devrait s'exercer de telle sorte à ouvrir le dialogue autour des problèmes ou difficultés rencontrées par les hommes pendant la grossesse de leur compagne afin de les aider à passer cette période à risque de crise.

L'objectif principal de cette étude était de donner aux médecins généralistes les informations nécessaires pour savoir comment accompagner l'homme.

Méthode

L'étude repose sur une approche qualitative de type phénoménologique par entretiens semi-compréhensifs auprès des hommes dont la compagne était enceinte ou venait d'accoucher depuis moins de deux mois, ceci afin de réduire le biais de mémorisation et de limiter le rappel des émotions de cette période. L'échantillon a été constitué de façon hétérogène, par effet « boule

seems to be the most appropriate. The subject of sexuality is not easy to approach because of its intimate nature. Nevertheless, in our time, the health professional can no longer ignore it, since sexuality is recognized and integrated into the concept of health and considered as a central aspect of the human person throughout his life (WHO, 2004). The general practionner has a role of accompaniment of the men as for the difficulties that they can meet in their sexuality during the pregnancy of their companion.

• ***Key words***
pregnancy; sexuality; men.

DOI: 10.1684/med.2019.399

de neige » avec le souci d'une variation maximale. Les participants ont été contactés par les médecins généralistes qui assuraient le suivi de grossesse de leur compagne ou par la chercheuse au cours de ses remplacements. Un recrutement dans les cabinets de sages-femmes a été proposé, sans retour.

La chercheuse, elle-même médecin, a fait préalablement un travail de déconstruction de ses *a priori* pour travailler en distanciation et a tenu un journal de bord au fur et à mesure de l'étude afin de favoriser son travail d'approfondissement, de questionnement et de réflexion.

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'une grille. Ils ont été enregistrés avec l'accord du participant, sous couvert d'anonymat et avec recueil du consentement écrit et après accord de la CNIL. La retranscription a été faite de façon intégrale avec le logiciel Word. Une analyse transversale thématique a été réalisée à partir du verbatim. Le codage et la constitution des catégories ont été effectués conjointement avec le directeur de thèse afin d'assurer la triangulation de données.

L'étude a été menée dans l'objectif de saturation de données, point difficile à atteindre du fait du caractère intime du sujet qui n'a pas permis le recrutement d'un plus grand nombre d'hommes. Cependant, les récurrences d'information constatées à mesure des entretiens ont permis de répondre à la question du sujet de recherche en s'appuyant sur le critère de suffisance.

dans la littérature sur le sujet : la sexualité masculine face aux modifications morphologiques de la partenaire et les appréhensions masculines liées à la vie sexuelle pendant la grossesse. La sexualité pré-grossesse a été également explorée afin d'avoir un repère de comparaison.

Les thèmes de discussion ont été identifiés au fur et à mesure de l'analyse du verbatim.

Résultats

Onze hommes ont participé à l'étude. Leurs caractéristiques sociologiques sont répertoriées dans le *tableau 1*.

L'entretien a été orienté autour de deux axes : le vécu de la sexualité de l'homme pendant la grossesse et le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement du père pendant cette période. Le premier axe a été exploré à l'aide de deux idées principales retrouvées

Le désir pendant la grossesse

Tous les hommes constatent une asymétrie de désir avec leur compagne pendant la grossesse. Pour la plupart d'entre eux, la libido de la femme diminue pendant la grossesse. Selon eux, ceci est dû à plusieurs facteurs : les maux du premier trimestre de grossesse, la fatigue, la prise de poids ou encore les inquiétudes liées à l'évolution de la grossesse.

• **Tableau 1.** Caractéristiques des participants.

Hommes	Âge (ans)	Métier	Nationalité/ Origine	Relation (ans)	Stade de grossesse	Autres enfants
E1	33	Militaire	Antillais	9	7 mois	1
E2	63	Photographe	Français	6	18 jours après accouchement	3
E3	48	Électronicien	Côte d'Ivoire	21	8 mois	2
E4	33	Ingénieur	Français	5	2 mois	1
E5	32	Policier	Français	9	7 mois	1
E6	28	Ingénieur	Burkinabé	3	3 mois	0
E7	25	Agent de sécurité	Français	4	4 mois	1
E8	38	Manutentionnaire	Français	12	4 mois	7
E9	36	Ingénieur	Réunionnais	11	2 mois après accouchement	2
E10	39	Électricien	Franco-portugais	7	6 mois	2
E11	30	Professeur des écoles	Français	7	2 mois	0

De plus, certaines partenaires reconnaissent ouvertement leur baisse de désir : « *Pas plus tard qu'hier je lui demandais : mais ça ne t'arrive pas d'avoir des envies dans la grossesse ? (…) et elle me dit : franchement, je n'y pense même pas !* ».

Celui de l'homme est plus stable pendant la grossesse. Néanmoins, il varie en fonction de certains facteurs. La modification morphologique de la femme est de nature à stimuler le désir pour les uns : « *C'est excitant de la voir enceinte à ce moment-là* » ou le freiner pour un autre : « *C'est toujours plus esthétique de voir une femme bien formée qu'après enceinte on va dire* ». L'anxiété de la femme : « *Il y a curieusement beaucoup moins de testostérone parce que je suis complètement polarisé sur sa grossesse et puis… je sais que ma femme, elle s'écoute, on ne peut pas nier ça et moi je suis au courant du moindre truc !* », ainsi que la médicalisation : « *un dossier qui n'est pas générateur de fantasmes du tout !* » sont rappelés par un participant comme étant des facteurs inhibant le désir.

Pour certains, si le désir est présent, sa manifestation est incompatible avec les maux de sa partenaire : « *L'envie est là ! Mais en même temps quand je vois l'état de mon épouse qui… qui n'est pas bien…* ». Le manque d'intérêt de la femme à entretenir le fantasme est également souligné par un homme : « *Après en fait c'est un peu de sa faute, elle se laisse aller, elle ne s'entretient pas, elle ne s'habille plus de façon sexy, elle ne porte plus de pyjamas la nuit, en fait des jolis pyjamas, elle ne porte pas de nuisette, donc moi… ça a modifié mon envie pour elle aussi* ». Enfin, la peur de nuire au tiers de proximité peut également influer sur le désir : « *Ça ne m'a pas coupé le truc comme ça hein ? C'est l'évolution de son ventre petit à petit qui fait que… la libido ou je ne sais pas descend ou je ne sais pas…* »

La frustration

Les hommes expriment un sentiment de frustration pendant la grossesse, alors que la sexualité avant la grossesse est décrite généralement comme étant très satisfaisante, ou « *normale, avec quelques prises de tête* » pour un participant, et « *non satisfaisante* » pour un seul.

Certains hommes mettent en cause la diminution, voire l'arrêt, des rapports sexuels.

L'un exprime un sentiment de jalousie mêlé à de la frustration : « *Parce qu'elle se dit je suis enceinte, je ne pense plus qu'à mon bébé, toi tu vas attendre un peu parce que je n'ai pas le temps pour ça…* », tandis qu'un autre évoque le risque d'infidélité : « *elle a de la chance… on va dire, que je n'aille pas voir à côté, mais, mais ça reste chaud quand même* ». L'absence de variété, imposée par le développement du ventre, est aussi évoquée : « *Parce qu'elle est enceinte on fait tout le temps la même position. Et à la longue c'est soulant quoi !* ». Enfin, le refus est également abordé : « *Je n'aime pas qu'on me dise non, donc voilà…* ».

Cependant, quelques-uns n'expriment pas de frustration. Ceci arrive quand l'arrêt des rapports est décidé par l'homme lui-même. Cette décision naît de la peur de nuire : « *je sais que c'est pour sa santé comme je l'ai expliqué, pour le bébé, donc je n'avais pas de frustration* ». Un autre l'accepte comme une fatalité : « *Satisfait… j'ai envie de dire, bon après (…) on peut comprendre qu'il y a du changement par rapport à avant* » et enfin un n'exprime aucun sentiment de frustration, ni de modification de la sexualité, mais la grossesse n'était qu'à son début.

Les contraintes du corps

Le ventre et le tiers de proximité sont présentés comme des contraintes empêchant la variété de la sexualité pendant la grossesse. Certains évoquent le ventre : « *Les positions ne sont pas pareilles (…) oui, c'est par rapport au ventre, par rapport au ventre il y a des positions qu'elle ne peut plus faire* » et d'autres parlent du bébé en tant que contrainte : « *Au niveau du ventre… on sent que c'est une partie qui est dure et donc c'est plus difficile du coup de se frotter… c'est gênant* ».

Les craintes et les peurs

On identifie quatre types de peurs dans notre analyse : la peur de blesser le bébé ou la mère, de déclencher une fausse couche, de provoquer prématurément l'accouchement et, enfin, celle d'être un mauvais père ou partenaire.

La peur de blesser s'exprime ainsi : « *L'appréhension que je puisse, en la pénétrant complètement, soit lui déchirer quelque chose, soit lui faire mal, voire même toucher le bébé* ».

Un autre parle de la peur de la fausse couche, expérience ancienne vécue pendant la grossesse : « *Après, par rapport à la femme il y a une gêne, genre la peur de la fausse couche (…) Déjà c'est des choses qui se sont répétées plusieurs fois, donc…* ».

D'autres expriment la peur d'un accouchement prématuré : « *parce qu'on sait qu'elle va accoucher à n'importe quel moment donc… on a peur de déclencher l'accouchement… avant terme* ».

Enfin, un se refuse tout rapport sexuel pendant la grossesse en absence de connaissances des conséquences. Ceci est comme une peur de ne pas être un bon père ou partenaire : « *Je pense que parfois se concentrer là-dessus, sans qu'on s'en rende compte, on peut louper certains détails par rapport à la santé (…) l'état de santé de ma femme ou quoi… et je n'ai pas envie de louper ces détails en me concentrant sur la sexualité.* »

Tous n'expriment pas de peurs. Pour certains, faire mal au bébé n'est pas envisageable du moment qu'ils ne font pas de mal à la mère ou encore, pour un autre, parce que le stade de la grossesse ne reflète pas encore un danger quelconque : « *Enfin, pour moi il n'est pas encore développé au point…* ».

Le rôle du médecin généraliste

Dans la vision des hommes interrogés, le médecin a trois rôles : aborder le sujet, informer et faciliter la communication au sein du couple autour du sujet de la sexualité.

La majorité des participants n'aborde pas le sujet avec le médecin. Certains évoquent un caractère introverti ou le tabou du sujet : « *Moi je ne parle avec personne de ma sexualité* ». D'autres mettent en avant les visites rares au cabinet et l'un qui ne sait pas que le sujet pourrait être abordé : « *Ça ne m'aurait jamais venu à l'esprit qu'un médecin puisse me demander ça.* » Enfin, un homme parle de la contrainte culturelle : « *J'ai grandi en Afrique. Et la sexualité en Afrique on n'en parle pas. C'est tellement personnel, c'est tellement privé, qu'on n'a pas un esprit qui fait qu'on puisse parler avec son médecin traitant de sa sexualité.* »

Le plus grand nombre est favorable à l'abord du sujet par le médecin, mais d'autres n'estiment pas nécessaire d'en discuter, voire s'estiment suffisamment matures : « *J'ai gagné en maturité, donc il y a des questions que, forcément, je ne me poserai plus ou pour lesquelles j'ai déjà eu les réponses.* » D'aucuns se trouvent informés, voire désintéressés.

D'après un participant l'abord du sujet doit être fait lors de la consultation du couple : « *Ce qui aurait été bien c'était de parler à deux, en fait au couple (. . .) le problème il est ensemble en fait, parce que la sexualité, elle est à deux.* » Un homme pensait que cela devait être fait de manière simple : « . . . *est-ce que ça se passe bien ? Qu'il pose la question* ».

Les attentes sont diverses depuis les risques de la sexualité, à ceux de l'accouchement ou simplement pour parler.

Quelques-uns estiment que le médecin peut faire l'intermédiaire en facilitant la communication au sein du couple : il peut aider les partenaires à s'exprimer : « . . . *mais il y a des choses parfois, on a envie de les dire, mais on ne sait pas comment les dire* », ou à « délier les langues » dans un couple qui ne parle pas ouvertement, ou encore à apaiser les conflits « *Je vous assure que pendant cette période de grossesse là, elle est tellement de mauvaise humeur, qu'elle ne communique pas assez (. . .) ça serait un plus, même si pour d'autres couples, contrairement à moi. . . car moi j'ai appris à supporter* ».

Cependant, la compétence du généraliste sur le sujet est remise en cause par certains, estimant que le sexologue ou le gynécologue sont plus à même de répondre à leurs attentes. Les limites invoquées par les participants sont : la courte durée d'une consultation généraliste, jumelée à l'engorgement dans les salles d'attente, ainsi que la légitimité à des réponses plus adaptées de la part d'un spécialiste.

Forces et limites de l'étude

Le peu de littérature sur le sujet est une des forces de l'étude quant à la pertinence de la question de recherche et au choix de la méthode. La difficulté du thème rend difficile néanmoins la saturation des données. Toutefois, nous avons pu dégager des thèmes majeurs pour fonder le dialogue entre futurs pères et médecin traitant.

Une autre force de l'étude est principalement l'acceptation de participer de la part des hommes étant des patients du cabinet en comparaison avec le refus total dans les cabinets de sages-femmes. Ainsi, la proximité avec le médecin généraliste a permis de recruter la majorité des participants de l'étude. Le genre différent de l'enquêtrice peut être à la fois une faiblesse et justifier le nombre limité d'hommes qui a été recruté, mais aussi une force dans l'absence de fantasme de rivalité.

Discussion

La recherche bibliographique réalisée après le recueil des données montre que les thèmes émergés de l'analyse du verbatim sont les principaux questionnements des hommes concernant la sexualité pendant la grossesse, sauf le thème du médecin généraliste qui fait la particularité et la force de cette étude.

Le désir pendant la grossesse

Le désir des hommes interviewés reste constant pendant de la grossesse, tandis que celui de leurs femmes diminue à leurs yeux. La diminution des rapports sexuels au sein du couple est la conséquence directe de cette asymétrie de la libido. En effet, la littérature montre une baisse progressive du désir de la femme pendant la grossesse [8], tandis que le désir de l'homme est plus stable et baisse de manière moins importante pendant la grossesse [1].

Les facteurs incriminés pour la baisse de désir de la femme, présentés dans les résultats, sont également retrouvés dans la littérature : la fatigue est un facteur nuisible à la sexualité pendant la grossesse dans 2 à 35,5 % des cas [9, 10]. L'image corporelle de la femme et le sentiment de désirabilité qu'elle éprouve au vu de sa transformation physique peut être de nature à stimuler sa libido dans 24 % à 47 %, la diminuer dans 10 % à 41,5 % et rester neutre dans 35 % à 65 % des cas [8, 11, 12].

Le désir masculin dans notre étude est stimulé par la morphologie de leur partenaire enceinte. Le résultat ne semble pas concordant avec l'étude de Doucet-Jeffrey *et al*. [4] : parmi les 109 hommes étudiés, seulement 15 ont relaté une augmentation de désir, alors que 34 ont constaté une baisse du désir envers leurs femmes et pour 56 il n'y avait aucun changement de leur désir face aux modifications morphologiques de la partenaire.

La frustration

Dans notre étude, l'asymétrie du désir pendant la grossesse entraîne la diminution des rapports sexuels au sein du couple. Par conséquent, un sentiment de frustration est souvent exprimé de la part des hommes en rapport avec cette baisse de fréquence, d'autant plus qu'ils s'estimaient satisfaits par la sexualité avant la grossesse. Les facteurs secondaires qui nourrissent ce sentiment de frustration retrouvés sont l'absence de

fantaisie sexuelle due principalement aux contraintes du corps (le ventre et le tiers de proximité) et le refus de la partenaire.

Il semblerait que la grossesse soit la période la plus stressante pour l'homme et que cela soit en lien direct avec la baisse significative de l'activité sexuelle [13]. Un seul participant de l'étude évoque le risque d'infidélité en rapport avec le sentiment de frustration qu'il vit, tandis que dans l'étude de Doucet-Jeffrey *et al*. [4], 38 hommes parmi les 109 ont rêvé de faire l'amour avec une autre femme. L'étude de Wishman *et al*. [14] auprès de 2 291 individus, dont 1 041 hommes, relève que l'infidélité est plus élevée chez les hommes qui ont une femme enceinte que chez les hommes qui n'ont pas de partenaire enceinte. Au vu de ces connotations, la grossesse semble une période à risque pour le maintien du couple.

Cependant, la méthode par entretien comporte certains biais, dont la tendance à ajuster ses réponses devant l'enquêteur (biais de désirabilité sociale). Ce qui peut expliquer la différence de certains résultats entre les études.

Les craintes et les peurs

Les participants de l'étude ont majoritairement exprimé des peurs concernant les risques de la sexualité pendant la grossesse. La peur de blesser l'enfant est présente dans 12 % à 86,9 % selon les études et la peur de faire mal à la mère dans 4 % à 55 % d'après de Pierrepont *et al*. [2]. Dans le travail de Jarlier [3], cette peur est présente pour 30 % des femmes en 2012. La peur de nuire au bébé est ancienne et est signalée depuis déjà 1966 par Master et Johnson, sexologues américaines, dans *Les réactions sexuelles humaines*.

La peur de causer une fausse couche se retrouve dans 5,8 % à 84,3 % des cas et est cosmopolite (Niger, Lituanie, Côte d'Ivoire, France, Taïwan, Égypte, Iran) [2].

La peur de déclencher le travail ou un accouchement prématuré est signalée dans 9,4 % à 60,7 % [2].

La pertinence de ces peurs est toutefois sujette d'interrogation car les résultats des études sont contradictoires : il semblerait qu'il existe un risque plus important de rupture prématurée des membranes en cas de plus de deux coïts par semaine pendant la dernière semaine de grossesse d'après Abasalizadeh et Abasalizadeh [15], tandis que pour Sayle *et al*. [16] les activités sexuelles en fin de grossesse (29-36 SA), y compris le coït, n'augmentaient pas le risque d'accouchement prématuré.

La particularité de cette étude est de retrouver la peur d'échouer en tant que père ou partenaire comme une conséquence certaine en cas de rapport sexuel pendant la grossesse. Néanmoins, cette peur découle de celle de nuire à la santé de l'enfant ou de la mère.

Le monde médical incite, face à ces constatations, à de meilleures informations et prises en charge des couples concernant leur sexualité pendant la grossesse. Cependant, au vu des résultats de Jarlier en 2012 et de cette étude, le travail ne semble pas atteindre son but, une partie des couples continuant à vivre une sexualité dominée par des peurs et des fantasmes.

Le rôle du médecin généraliste

L'analyse des résultats et la comparaison avec la littérature médicale nous permettent d'avancer que les deux rôles principaux du médecin généraliste sont d'aborder et d'informer sur le sujet de la sexualité. S'y ajoute, le rôle d'intermédiaire au sein du couple quand la communication est déficitaire.

L'abord du sujet importe au médecin généraliste car les hommes, dans leur majorité, ne sont pas à l'aise pour ouvrir la discussion. Certains n'ont pas connaissance de la possibilité de l'aborder, même si d'aucuns estiment que ce n'est pas nécessaire. Face à cette disparité d'opinion, la tâche du généraliste en est rendue plus difficile. De plus, la compétence du généraliste est discutée et jugée inférieure à celle du sexologue ou le gynécologue. Le temps trop court de la consultation et l'engorgement de la salle d'attente sont des obstacles. Pourtant, selon Bajos [17], le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié des hommes pour discuter de ce sujet.

En revanche, il semblerait qu'aux yeux du médecin, l'abord du sujet soit aussi difficile surtout quand il s'agit d'un patient masculin [6]. Les principaux freins à lever pour initier la discussion autour du sujet sont [7] : le manque de temps, la peur d'être intrusif, la gêne d'évoquer un sujet tabou, la différence d'âge et de genre avec le patient [7].

Ainsi, la meilleure méthode pour ouvrir la discussion avec les hommes semble le poster affiché dans la salle d'attente.

Une demande d'information sur les risques de la sexualité pendant la grossesse et sur le déroulement de

Conclusion pour la pratique

- La grossesse est une période difficile pour le couple de par sa transition vers la parentalité et l'adaptation de la sexualité inhérente à cette période. Les hommes éprouvent de la frustration face à ces modifications et concourent eux-mêmes à diminuer, voire à arrêter, les rapports sexuels sur des peurs infondées. Ils ne sont pas suffisamment informés et accompagnés.

- Le médecin généraliste est le principal interlocuteur du fait de la pratique d'une médecine holistique et d'une proximité avec ses patients. Reste à savoir s'il est lui-même suffisamment informé sur le sujet. Acquérir une compétence en sexologie serait un plus, tant pour le médecin que pour le patient. De nombreux départements de médecine générale ont mis en place un enseignement à ce propos et la formation continue offre aussi un large choix de formation professionnelle.

l'accouchement est formulée par les participants de l'étude. En effet, des peurs sont exprimées par la majorité d'entre eux avec des arrêts précoces des rapports sexuels qui sont parfois source de frustration. Outre ces principales demandes, il n'est pas négligeable d'informer sur la fréquente asymétrie de désir pendant la grossesse, sur les adaptations inhérentes mais temporaires de la sexualité pour informer et apaiser certains conflits nés du manque de connaissances.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Reichenbach S, Alla F, Lorson J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse : une étude pilote portant sur 72 hommes. *Sexology* 2001 ; 11 : 1-6.

2. de Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – partie 1. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2016 ; 45 (8) : 796-808.

3. Jarlier C. *Parler de sexualité pendant la grossesse : enquête auprès de 174 accouchées du CHU Estaing de Clermont-Ferrand* [Diplôme d'État de Sage-Femme, Gynécologie et obstétrique], 2012.

4. Doucet-Jeffrey N, Miton-Conrath S, Le Mauff P, Senand R. Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse ? *Exercer* 2004 ; (71):111-9.

5. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after child birth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999 ; 47 (1) : 27-49.

6. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. "Opening a can of worms": GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract* 2004 ; 21 (5) : 528-36.

7. Bartolli S. *Aborder la sexualité en médecine générale : attentes, opinions et représentations des hommes. Enquête qualitative menée par seize entretiens semi-directifs en Charente-Maritime et en Côtes d'Armor* [thèse d'exercice, médecine générale]. Université de Poitiers, 2015.

8. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG* 2000 ; 107 (8) : 964-8.

9. Gokyldiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital* 2005 ; 31 : 201-15.

10. Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: a qualitative study. *Sex Med* 2013 ; 1 : 54-61.

11. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010 ; 7 (1 Pt 1) : 136-42.

12. Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Arch Gynecol Obstet* 2009 ; 279 (3) : 353-6.

13. Condon JT, Boyce, Corkindale CJ. The first time fathers study: a prospective study of the mental health and well-being of men during the transition to parenthood. *Aust N Z J Psychiatry* 2004 ; 38 : 58-64.

14. Wishman MA, Gordon KC, Chatav Y. Predicting sexual infidelity in a population based sample of married individuals. *J Fam Psychol* 2007 ; 21 : 320-4.

15. Abasalizadeh F, Abasalizadeh S. Behavioral dichotomy in sexuality during pregnancy and effects of birth-week intercourse in pregnancy outcomes in an Iranian population. *Internet J Gynecol Obstet* 2011 ; 14 : 2.

16. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *J Obstet Gynecol* 2001 ; 97 : 283-9.

17. Bajos N, Bozon M, Beltzer N. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé.* Paris : La Découverte, 2008.