

Université de Genève

Certificat de Formation Continue en Sexologie Clinique

Décembre 2009 - Septembre 2011

LE SEXOCORPOREL AU SERVICE DU DÉSIR SEXUEL FÉMININ PENDANT LA GROSSESSE

Travail de mémoire



On navigue en duo pour bientôt se réveiller avec un être de plus.

Hélène Walther (2008, p. 157)

Présenté par

Pamela Borelli

Psychologue

Adresse professionnel:

Via dei Sindacatori 6

6900 Massagno

borelli.pamela@gmail.com

Sous la direction du

Prof. Nicolas Favez

"POUR LA PREMIÈRE FOIS DEPUIS QUE JE SUIS ENCEINTE,

J'AI AGI POUR MON COUPLE, ET NON POUR MON BÉBÉ.

JE ME SUIS ALORS SENTIE TRÈS SÉDUISANTE.

MON MARI M'A PRISE DANS SES BRAS,

NOUS AVONS DANSÉ,

NOUS NOUS SOMMES EMBRASSÉS ET,

COMME DANS LES PLUS BELLES HISTOIRES,

NOUS AVONS FAIT L'AMOUR".

Hélène Walther (2008, p. 74)

TABLES DE MATIERES

Introduction	1
1. Le Sexocorporel	3
1.1. La santé sexuelle	3
1.2. Axiome de base du Sexocorporel	3
1.3. Les habiletés sexuelles selon le Sexocorporel	4
1.3.1. Diffusion de l'excitation sexuelle	4
1.3.2. Canalisation de l'excitation sexuelle	4
1.3.3. Gérer l'excitation sexuelle	5
2. Le désir sexuel	6
2.1. Définitions du désir sexuel	6
2.1.1. Le désir sexuel	6
2.1.2. Distinction entre désir sexuel et excitation sexuelle	6
2.1.3. Rôle des hormones dans le désir sexuel féminin	7
<i>Les hormones du désir sexuel chez la femme</i>	7
<i>Les neurotransmetteurs du désir sexuel</i>	7
2.2. Le désir sexuel selon le Sexocorporel	7
2.2.1. Les types de désir	7
2.2.2. Les quatre types de désir sexuel	8
2.2.3. Le "non-désir" et "l'anti-désir"	8
3. Sexualité et grossesse	9
3.1. Sexualité et grossesse dans l'histoire	9
3.2. Physiologie de la sexualité féminine pendant la grossesse	10
3.3. Changements dans les paramètres sexuels pendant la grossesse	11
3.3.1. Le désir sexuel	12
3.3.2. La satisfaction sexuelle	13
3.3.3. La fréquence des rapports sexuels	14
3.4. Évolution de la sexualité pendant les trimestres de la grossesse	15
3.4.1. Premier trimestre: 0 à 3 mois	15
3.4.2. Deuxième trimestre: 3 à 6 mois	16
3.4.3. Troisième trimestre: 6 à 9 mois	17
3.5. Facteurs qui influencent l'évolution de la sexualité pendant la grossesse	18
3.5.1. La sexualité avant la grossesse	18
<i>Le défi du couple</i>	18
<i>La sexualité dans le couple</i>	19
3.5.2. La vie intérieure pendant la grossesse	20
3.5.3. Le vécu de la femme	21
3.5.4. Le vécu de l'homme	22
3.5.5. L'information: entre peurs et fausses croyances	24
3.5.6. La personnalité individuelle chez la femme	26
3.5.7. La relation de couple	27
3.6. Quand la sexualité s'adapte à la grossesse	31
3.6.1. La forme de la sexualité	31
3.6.2. Les positions	32
3.7. Situations où il faut éviter les rapports sexuels	33
3.7.1. Situations de risque	33
3.7.2. À éviter	34
3.8. Les conseils sexologiques aux femmes enceintes	34

4. Grossesse: comment s'y préparer au niveau personnel avec le Sexocorporel	35
4.1. Le sentiment d'appartenance à son sexe biologique	35
4.1.1. Les archétypes sexuels	35
4.1.2. Les stéréotypes sexuels	36
4.1.3. Grossesse et sentiment d'appartenance à son sexe biologique	36
4.2. L'assertivité sexuelle	37
4.2.1. Le narcissisme	37
4.2.2. L'exhibitionnisme	37
4.2.3. Grossesse et assertivité sexuelle	37
4.3. L'imaginaire érotique	38
4.3.1. La polarisation	38
4.3.2. Le rôle	38
4.3.3. Grossesse et imaginaire sexuel	38
4.4. Les codes d'attraction sexuelle	39
4.4.1. Grossesse et codes d'attraction sexuelle	39
5. Grossesse: comment maintenir une santé relationnelle du couple selon le Sexocorporel	40
5.1. La relation amoureuse	40
5.1.1. Le sentiment amoureux	40
5.1.2. Le désamour	41
5.1.3. Les stratégies contre le désamour	41
5.1.4. Le maintien du sentiment amoureux	42
5.2. La communication	42
5.2.1. L'utilisation du "je"	43
5.2.2. L'utilisation du "tu"	43
5.2.3. Les fonctions de la communication	43
5.3. La séduction	44
5.3.1. La séduction	44
5.3.2. L'anti-séduction	45
5.3.3. Passer de l'anti-séduction à la séduction	46
6. Grossesse: comment maintenir vivant le désir sexuel dans le couple selon le Sexocorporel	47
6.1. S'approprier et développer les quatre composantes du désir sexuel	47
6.1.1. L'érotisation de la distance	47
6.1.2. L'érotisation de son propre archétype sexuel	48
6.1.3. L'attraction sexuelle	49
6.1.4. La localisation de sa propre excitation sexuelle	49
6.2. Les touchers	50
6.2.1. Les quatre façon de toucher	50
6.2.2. L'implication émotionnelle dans le toucher	51
Différents types de toucher	51
Réactions au toucher	51
6.2.3. L'exploration du corps	52
Exploration de la partie haute du corps	52
Exploration de la partie bas du corps	52
Exploration de la partie interne du corps	52

Conclusions	53
--------------------------	-----------

Bibliographie

Introduction

*"La sexologie clinique
si elle a certes à traiter des troubles de la fonction sexuelle,
doit aussi s'occuper de la sexualité aux différentes étapes de la vie,
dont l'une est la grossesse."
Gilbert Charbonnier (1979, p. 4).*

La plupart des couples passe à travers différentes phases et l'une d'entre elles est la grossesse. La révolution est totale: la femme devient une maman, l'homme devient un papa et au couple conjugal s'ajoute la préparation du couple parental. Cette période est caractérisée par beaucoup de changements au niveau des pensées, des émotions, des taux d'hormones et du corps de la femme. Ces modifications influencent la relation et la sexualité du couple. Outre à la joie pour l'attente, parfois apparaissent des questions et des préoccupations sur la sexualité.

Ce travail veut investiguer l'évolution de la sexualité au cours de la grossesse, et ceci au niveau du vécu de la femme, du vécu de l'homme et du vécu du couple.

Le Sexocorporel est mis au service de la préparation, du maintien et de l'amélioration de l'entente du couple pendant la grossesse.

Dans le premier chapitre, on proposera une brève présentation du Sexocorporel en exposant ses principes généraux. On illustrera l'axiome de base qui souligne l'unicité entre corps et cerveau, ainsi que les trois lois du corps et les habiletés sexuelles.

Dans le deuxième chapitre, on se penchera sur la notion de désir sexuel. On distinguera le désir sexuel de l'excitation sexuel et on clarifiera le rôle des hormones dans le désir sexuel féminin. Par la suite, on présentera les bases du Sexocorporel et ce qu'il apporte au concept de désir sexuel.

Dans le troisième chapitre, on réunira les deux thèmes principaux de ce mémoire: la sexualité et la grossesse. On partira par certains des écrits qui ont traité de la sexualité pendant la grossesse dans l'histoire. Ensuite, on affrontera la physiologie de la sexualité de la femme pendant la grossesse et l'évolution de la sexualité du couple pendant la grossesse: on verra que les changements suivent principalement le rythme des trimestres. On verra d'autres facteurs qui conduisent à des changements dans la sexualité pendant la grossesse par rapport à la sexualité antécédente; en particulier dans la

forme qui prend la sexualité et dans les positions sexuelles. Enfin, on transmettra des conseils sexologiques donnés par des experts aux femmes enceintes.

Le quatrième chapitre sera dédié à la composante personnelle du modèle de santé sexuelle du Sexocorporel, en relation avec la grossesse. Ce travail cherchera de faire des liens entre les outils du Sexocorporel qui visent à une santé sexuelle et l'apprentissage et l'utilité de ces outils pendant la grossesse. Le but sera de prévenir des malaises sexuels pendant la grossesse en préparant les femmes aux possibles changements qui surviennent pendant cette période. Le sentiment d'appartenance à son sexe biologique, l'assertivité sexuelle, l'imaginaire sexuel et les codes d'attraction sexuelle seront donc traités dans cette optique.

Dans le cinquième chapitre, les outils du Sexocorporel seront mis au service du maintien d'une santé relationnelle du couple pendant la grossesse. Quand on parle de grossesse, une réflexion sur la relation amoureuse est indispensable, tout en apportant les définitions du sentiment amoureux, du désamour ainsi que des possibles stratégies utilisables pour le maintien de la santé relationnelle du couple. Ensuite, on soulignera l'importance de la communication et on montrera ce que, selon le Sexocorporel, peut être définie une communication saine. Enfin, on abordera le thème de la séduction, fondamental, lui aussi, à la relation de couple. Des suggestions pour passer de l'anti-séduction à la séduction seront exposées.

Dans le sixième chapitre, seront abordés les outils du Sexocorporel qui visent le maintien du désir sexuel dans le couple pendant la grossesse. Le chapitre s'ouvrira avec l'encouragement à s'approprier et à développer les quatre composantes du désir sexuel: l'érotisation de la distance, l'érotisation de son propre archétype sexuel, l'attraction sexuelle et la localisation de sa propre excitation sexuelle. Le chapitre continuera et terminera avec l'exposition des différents types de toucher et de leurs fonctions. Le travail soulignera l'importance de l'implication émotionnelle dans le toucher, la conscience de la différence entre homme et femme, la capacité à surmonter la peur d'être touché et, enfin, l'envie d'explorer le corps.

Tout au long de ces chapitres, l'utilisation des témoignages récoltés par Héléna Walther (Walther, 2008) rendra plus familiaux et plus clairs les concepts.

1. Le Sexocorporel

*"Oui,
j'ose le dire,
je rêve à une immense thérapie collective
sur l'érotisme."
Jean-Yves Desjardins (1980, p. 10)*

1.1. La santé sexuelle

Jusqu'au 1974 l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) donnait deux critères de santé mentale: la capacité d'aimer et d'entretenir une relation durable et la capacité à travailler. En 1974, l'OMS définit aussi la santé sexuelle, en la distinguant de la santé mentale:

"l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être humaine sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité, de la communication et de l'amour".

Les premières connaissances scientifiques sont acquises en 1970, grâce aux travaux d'observation quantitative de la fonction d'excitation sexuelle en laboratoire effectués par Masters & Johnson qui élaborent aussi les premières tentatives de traitement (Chatton, Desjardins, Desjardins & Tremblay, 2005).

En revanche, le Sexocorporel se dirige vers les connaissances de la qualité de la fonction d'excitation sexuelle en se fondant sur l'observation clinique au plan sexologique. Cette observation se fait à partir d'une grille d'évaluation sexologique qui se base sur un modèle de santé sexuelle. Ce modèle prévoit cinq composantes principales: fondamentale, physiologique, cognitive, personnelle et relationnelle. Dans ce travail, on va traiter une partie de la composante physiologique (c'est-à-dire la fonction de l'excitation sexuelle), la composante personnelle et la composante relationnelle.

1.2. Axiome de base du Sexocorporel

Le corps et le cerveau sont considérés comme deux identités indissociables, ce qui a été appelé par Desjardins le "*Corps/Cerveau & Cerveau/Corps*". Le résultat de ce postulat est une interaction continue entre le cerveau et le corps: l'émotion entraîne des modifications corporelles et, viceversa, la position corporelle conduit à des tensions musculaires de certaines parties du corps, ce qui

automatiquement se reflètent sur le niveau émotionnel et cognitif (Maccarone, 2010). Cette réalité a été appelée par Desjardins le "*corps miroir*": la manière dont on habite son propre corps a un impact sur comment on vit, sur ce qu'on ressent, etc. Ce postulat est la base de tout le travail sexoclinique dans le Sexocorporel, travail qui vise à l'intégration entre l'implicite (émotion, pensées, etc.) et l'explicite (tension, mouvements, etc.).

Dans cette logique, trois lois du corps sont fondamentales pour la compréhension du fonctionnement de l'être humain: le tonus musculaire, le rythme et le mouvement. "*Pour être vivant, le corps humain doit pouvoir bouger. Pour cela, il doit varier des tonus musculaires, sans atteindre l'hypertonie qui rigidifie et l'hypotonie qui rend flasque. Les mouvements nécessitent l'utilisation de l'espace, extérieur par la posture et la gestuelle, et intérieur par la respiration. Ces bases objectives ont été observé dans la physiologie musculaire du périnée, en lien avec les mouvements respiratoires du diaphragme (...) et dans la bascule du bassin*" (Zufferey-Sudan, 2008, p. 51).

1.3. Les habiletés sexuelles selon le Sexocorporel

Le Sexocorporel considère la sexualité comme un ensemble d'habiletés sexuelles qui, en tant que telles, peuvent être apprises et développées tout au long de la vie. Ces habiletés font partie de la composante physiologique: on parle de la courbe de l'excitation génitale. Le Sexocorporel souligne la possibilité d'apprendre à moduler cette courbe entre les deux réflexes de la sexualité, c'est-à-dire, entre le réflexe d'excitation génital (vasocongestion/érection; vasocongestion/lubrification) et le réflexe du point de non retour (Desjardins, 1996).

1.3.1. Diffusion de l'excitation sexuelle

Diffuser l'excitation sexuelle signifie être capable d'éteindre sa propre excitation sexuelle dans tout le corps à travers des mouvements fluides et souples. Ce type de mouvement permet, au niveau émotionnel, de goûter la volupté.

1.3.2. Canalisation de l'excitation sexuelle

Canaliser l'excitation sexuelle signifie être capable de concentrer et d'augmenter l'excitation sexuelle jusqu'au point de non retour, et l'habileté qui le permet est "*l'arc réflexe*". L'arc réflexe, déclenché par le système neurovégétatif, est la bascule du bassin et la bascule des épaules, dans un mouvement du corps dans l'axe vertical. Le plaisir qu'on rejoint grâce à ce mouvement peut être augmenté par l'intensification des rythmes, des mouvements, de la respiration et du tonus musculaire. Il faut donc

apprendre à contrôler les trois lois du corps et leur intégration en ramenant l'*arc réflexe* au champ de la conscience et des apprentissages. Le résultat de la transformation des automatismes en mouvements conscients est la *double bascule*: la bascule du bassin (décharge génitale), la bascule du haut (décharge émotionnelle) et le lâcher-prise de la tête (abandon). Ce mouvement (associé à une respiration abdominale) est l'outil fondamental de la sexothérapie sexocorporelle. En effet, l'harmonisation du haut et du bas du corps peut conduire à un bien-être dans la vie quotidienne et à une volupté, voir également à une extase dans la vie sexuelle.

1.3.3. Gérer l'excitation sexuelle

Savoir gérer l'excitation sexuelle signifie reconnaître et pouvoir décider le moment dans lequel on s'abandon au point de non retour (en sachant que le réflexe de l'orgasme va s'en suivre). Comme on l'a vu, la double bascule est le mouvement qui permet de moduler l'excitation sexuelle en fonction des exigences et de la volonté des deux amants. Pendant la relation sexuelle, quand on a acquis les apprentissages nécessaires, on peut décider si augmenter ou diminuer l'excitation sexuelle en jouant sur les lois du corps. En particulier en décidant quand est le moment de diffuser et quand le moment de canaliser l'excitation sexuelle. La décharge orgasmique devient alors une intégration de la dimension génitale et émotionnelle, avec le lâcher-prise de la tête. L'orgasme se mesure par l'intensité du plaisir et des jouissances sexuelles associées à la modulation de la montée de l'excitation sexuelle.

2. Le désir sexuel

*"Une absence de désir
ne signifie pas forcément
un manque d'amour."
Hélène Walther (2008, p. 62)*

2.1. Définitions du désir sexuel

2.1.1. Le désir sexuel

Le désir sexuel est la première étape de la physiologie de la réponse sexuelle. Par la suite, on trouve l'excitation sexuelle, le plateau, l'orgasme et enfin la résolution. On peut donc considérer le désir sexuel comme le point de départ, le moteur à partir duquel s'enchaîne la réponse sexuelle. Afin que le désir sexuel se met en place, on peut faire appel à des sources exogènes, par exemple, les sens (vue, ouïe, toucher, goût, odorat) et à des sources endogènes, par exemple, l'imaginaire érotique, les fantasmes et les souvenirs.

Le désir sexuel se caractérise par 3 dimensions fondamentales: la dimension biologique (pulsion), la dimension psychologique (motivation) et la dimension sociale (aspiration) (Pause, 2010).

Selon Kaplan (1995), le désir sexuel est une forte envie qui pousse à rechercher des situations sexuelles ou à y répondre. Quand on parle de désir sexuel, il faut toujours considérer les facteurs qui peuvent l'influencer, en font partie le contexte et la relation de couple, mais également les expériences passées, le type d'imaginaire, les attentes, le sentiment identitaire, l'estime de soi ou le rapport au corps. (Medico, 2010).

2.1.2. Distinction entre désir sexuel et excitation sexuelle

Dans la sexualité, on retrouve souvent deux sources de confusion principale, à savoir le désir sexuel et l'excitation sexuelle. Dans le premier cas il s'agit d'une tendance à rechercher des stimuli sexuels et on parle d'anticipation mentale positive de l'acte sexuel, dans le deuxième on parle de la réponse physiologique à tels stimuli, voir la phase vasocongestive de la réponse sexuelle (érection du pénis chez l'homme, lubrification vaginale chez la femme) (Pause, 2010). Les études sur le cerveau ont montré que le désir sexuel est un phénomène plus complexe que l'excitation sexuelle, car si cette dernière active seulement les aires cérébrales liées au système limbique, le désir sexuel, quant à lui, active certaines aires corticales cognitives, comme par exemple, le lobe pariétal et l'amygdale (Ortigue, 2010).

Cette distinction entre désir sexuel et excitation sexuelle est importante car les différentes phases de la réponse sexuelle peuvent exister les unes sans les autres, constituant des dimensions uniques. Par exemple, une femme peut anticiper mentalement le rapport sexuel en manière positive, sans avoir aucune réponse au niveau corporel et viceversa. Cette observation est significative et fonctionnelle dans la sexothérapie ; elle permet de comprendre la réelle difficulté à l'origine du mal-être et permet donc de choisir la meilleure façon de travailler (Pittet, 2005).

2.1.3. Rôle des hormones dans le désir sexuel féminin

Les hormones du désir sexuel chez la femme

Le contact entre le cerveau (système nerveux) et les organes génitaux est assuré par certaines hormones (système endocrinien) produits par les ovaires.

La dimension hormonale du désir sexuel dépend de la testostérone et de l'estradiol. La première, c'est l'hormone plutôt mâle, elle est produite par les ovaires et elle est surnommée "hormone du désir"; la deuxième est une hormone plutôt féminine, il est produit par les ovaires et il est responsable de la lubrification vaginale et du mucus cervical. Autres hormones sont impliquées dans la sexualité, par exemple la prolactine qui a un effet inhibiteur sur la sexualité et qui est produite par l'hypophyse (Meyer, 2010).

Les neurotransmetteurs du désir sexuel

Parmi les neurotransmetteurs, un rôle important est joué par la sérotonine et par la dopamine. La sérotonine a un effet inhibiteur sur la sexualité; au contraire, la dopamine a un effet d'activation et s'occupe de diminuer le taux de prolactine (Lopès & Poudat, 2007).

Dans le désir sexuel féminin, on observe des fluctuations liées au cycle hormonal, telle l'augmentation du désir sexuel dans la période pré-ovulatoire (le taux de testostérone augmente) et ovulatoire (il y a beaucoup plus d'œstrogène dans le sang).

2.2. Le désir sexuel selon le Sexocorporel

2.2.1. Les types de désir

Selon Desjardins (2006), il faut distinguer entre deux types de désir. Le premier est le désir amoureux, c'est-à-dire, un élan affectif et émotionnel vers l'autre. On rêve et on désire un rapprochement amoureux, de la tendresse et de l'affection sans qu'il y ait aucune connotation génitale. Le deuxième est le désir sexuel, c'est-à-dire, une mentalisation, une anticipation positive d'un contact sexuel avec soi-même ou

avec une autre personne. Ce dernier type de désir, qui doit être avant tout individuel, pour ensuite devenir relationnel, est censé éveiller le réflexe d'excitation sexuelle. Selon le Sexocorporel, une fois expérimentée l'excitation sexuelle génitale et la jouissance qui peut en découler, le désir sexuel devient un besoin.

Les hommes souvent ne doivent pas apprendre le désir sexuel individuel ni relationnel. En revanche, chez beaucoup de femmes, cet apprentissage est indispensable mais souvent absent. En effet, certaines femmes n'ont pas développé des points de repère à l'excitation sexuelle dans leur corps, et "ce que l'on ne connaît pas, ne nous manque pas", donc on ne le désire pas. Ces femmes devront apprendre et découvrir l'excitation sexuelle et le plaisir sexuel et génital, afin de créer en elles des besoins sexuels.

2.2.2. Les quatre types de désir sexuel

Selon le Sexocorporel, existent quatre types de désir sexuel: fusionnel, d'enfant, de décharge et coïtal. Le désir sexuel fusionnel, très présent au début des relations, utilise les rapports sexuels pour répondre à des besoins d'ordre affectif et émotionnel. La relation sexuelle est, à ce moment, un moyen pour se sentir plus proches l'un de l'autre. Dans le désir sexuel d'enfant, la sexualité répond à un besoin de grossesse et elle est donc, encore une fois, un moyen plutôt qu'un but. Dans ce dernier cas, après la grossesse, souvent le couple ne se comprend plus au niveau sexuel car le moteur pour l'un des partenaires n'est plus présent. Dans le désir sexuel de décharge, le rapport sexuel est le moyen pour soulager la tension: tout se passe au niveau de la génitalité et l'orgasme devient un soulagement. Le désir sexuel coïtal est recherché pour combler les besoins affectifs et les besoins génitaux et conduit à une harmonisation entre le haut (siège des émotions) et le bas (siège de l'excitation sexuelle) du corps.

2.2.3. Le "non-désir" et "l'anti-désir"

Les notions de non-désir et de anti-désir sont également importantes dans le Sexocorporel. Dans le premier cas, il y a une neutralité par rapport à la relation sexuelle: on ne ressent pas le besoin ni le désir d'avoir des relations sexuelles. Dans le deuxième cas, on nourrit une attitude négative envers la sexualité et/ou envers les rapports sexuels. Il y aurait une anticipation négative de l'activité sexuelle qui pourrait conduire jusqu'au dégoût ou jusqu'à l'aversion envers toute forme de génitalité.

3. Sexualité et grossesse

*"On dit que le vagin est la maison de l'homme
et que l'utérus est la maison du bébé."*

Hélène Walther (2008, p. 118)

3.1. Sexualité et grossesse dans l'histoire

Les premières études systématisées sur la sexualité des femmes enceintes ont été accomplies par Masters & Johnson dans les années 60. Nonobstant ces études, dans la littérature actuelle, on ne trouve pas beaucoup d'informations sur la sexualité pendant la grossesse. Il semble y être une difficulté à faire co-exister la sexualité et la maternité: la première est sacrifiée au profit de la deuxième. Walther (2008, p. 80) résume ainsi son idée à ce propos *"Qu'une femme enceinte puisse jouir dérange indéniablement les puristes"*. Également selon Ciolli, Orsini, Russo & Russo (1996), il existerait un refus social des aspects sexuels de la maternité. Malgré ce silence, cette thématique n'est pas nouvelle, au contraire, on la retrouve déjà dans les écrits de l'Antiquité. Dans son livre, Tardieu (2004) résume le point de vue de divers auteurs de l'Antiquité. Il rapporte des témoignages de plusieurs médecins partageant la même position *"ces témoignages (...) une constante réticence face aux rapports pendant la grossesse. Les raisons invoquées sont médicales (...) Un élément primordial est sous-jacent à ces interdits: la moralité chrétienne"* (introduction). Une autre considération, partagée par les auteurs du passé et par les auteurs du présent, concerne la polarisation de la maternité et de la sexualité; elles sont toujours considérées comme deux dimensions séparées. Plus précisément, la sexualité est au service de la maternité: elle est acceptée seulement si son but est la procréation. Ce type de sexualité à des fins procréatifs peut être considérée comme un remède universel contre les maladies *"Une femme qui enfante est une femme en bonne santé (...) si elle devient enceinte, elle guérit (...) de toutes les maladies"* (p. 17). Les rapports sexuels pourraient également avoir un effet positif *"les rapports sexuels ont aussi cette vertu bénéfique (...) si elles ont des rapports avec les hommes, leur santé est meilleure; moins bonne si elles n'en ont pas"* (p. 17), mais la scission entre bien (maternité) et mal (rapports sexuels) reste toujours présente *"les rapports sexuels trop fréquents restent cependant accusés de provoquer une béance du col, considérée comme risque de stérilité et d'avortement spontanés. La sexualité représente donc un danger pour la grossesse."* (p. 17). Selon Hippocrate (cité par Tardieu, 2004), la sexualité pendant la grossesse aurait un effet négatif même sur l'accouchement *"Une femme enceinte, si elle n'use pas du coït, accouchera plus facilement"* (p. 18). Soranos (cité par

Tardieu, 2004), partage le discours d'Hippocrate soulevant les effets négatifs de la sexualité sur tout le corps de la femme "*il faut aussi éviter les rapports sexuels: ils créent un ébranlement général du corps (...) spécialement de la zone utérine, qui a besoin de calme*" (p. 32). Au contraire, Aristote (cité par Tardieu, 2004) parle d'un coït libérateur: "*les femmes qui ont des rapports avec leur mari avant l'accouchement seront délivrées plus vite*" (p. 34). Athénée (cité par Tardieu, 2004) en soutenant les rapports modérés, introduit une nouvelle notion, à savoir que les rapports sexuels peuvent avoir des conséquences sur la santé de l'enfant "*chez les femmes qui vivent dans la continence, l'accouchement devient plus difficile, tandis que chez celles qui se livrent constamment au coït, l'enfant est trop faible*" (p. 34).

Actuellement, sont encore nombreux les interdits qui influencent la sexualité de la femme enceinte, mais des progrès ont été faits par des théologiens soulignant comme "*l'important, dans les relations conjugales, c'est l'amour*" (p. 39).

3.2. Physiologie de la sexualité féminine pendant la grossesse

Les premières études sur la sexualité féminine (Masters & Johnson, années 60) ont découvert que pendant la grossesse, il y a une vascularisation du petit bassin et qu'à partir du deuxième trimestre, l'orifice vaginal est réduit du 75% pendant l'acte sexuel (en raison de la vasocongestion).

Dans son article, Giagulli (2009) rapporte que pendant la grossesse, on est en présence d'une situation psycho-physique qui est favorable à un enrichissement de l'expérience sexuelle. En effet, la littérature confirme une augmentation de l'irroration sanguine dans les organes génitaux, qui facilite la lubrification, l'élasticité et la réponse orgasmique; elle remarque aussi une augmentation des hormones en circulation. En outre, la masse du muscle utérin augmente (le muscle arrive à 1500 grammes contre les 50-70 grammes initiaux), ce qui permet de mieux ressentir les contractions utérines pendant et après l'orgasme (Graziottin, 2007). Le seuil sensoriel baisse en augmentant ainsi la sensibilité des seins et des organes sexuels et, pour terminer, augmentent les endorphines. Ces conditions spécifiques créent un cycle de réponse sexuelle particulier, qui peut conduire à un plaisir très intense (Giagulli, 2009). Un témoignage récolté par Walther (2008, p. 78), nous illustre bien ce phénomène: "*Depuis que je suis enceinte, je découvre que mon corps regorge d'une sensibilité incroyable et d'une facilité à atteindre l'orgasme comme je ne l'ai jamais ressenti auparavant*".

En revanche, pendant la grossesse, certaines femmes peuvent être confrontées à une baisse du désir sexuel. Cette baisse peut être expliquée en partie par l'augmentation du taux sanguin de la progésterone. En effet, une action de cette hormone est sa contribution dans le phénomène de la somnolence des

femmes enceinte. Cet aspect est important car permet aux femmes de respecter le nouveau rythme de vie imposé par la grossesse. L'effet sédatif peut aussi conduire, dans certains cas, à une somnolence sexuelle (Scarselli & Pampaloni, 2006). Walther (2008) indique d'autres raisons qui peuvent limiter l'activité sexuelle, entre autre, des saignements, une sensibilité clitoridienne ou bien une sécheresse vaginale. Ces aspects peuvent entraîner de la douleur et du désarroi. Étant donné la dimension intime de ces désagréments, souvent ils ne deviennent pas objet de discussion avec le partenaire, ce qui peut créer des malentendus et des hostilités dans le couple.

3.3. Changements dans les paramètres sexuels pendant la grossesse

Les changements pendant la grossesse sont plusieurs, à savoir corporels, hormonales, psychologiques et de statut social. Ces changements ont une influence importante sur la sexualité.

Masters & Johnson (1967) ont récolté des données expérimentales sur la sexualité pendant la grossesse. Ces résultats montrent une diminution dans le désir sexuel, l'excitation sexuelle, l'orgasme et la satisfaction sexuelle. La fréquence des rapports sexuels diminue aussi, en particulier dans le passage du deuxième au troisième trimestre. Ces mêmes résultats, ont été confirmés dans des recherches récentes (voir par exemple Scarselli, Biagiotti, Lino & Scarselli, 2002; Cappato, Pasini, Pellegrini & Tommaselli, 1996; Ciolli, Orsini, Russo & Russo, 1996).

En revanche, selon Graziottin (2007), le 15% des femmes vit une augmentation du désir sexuel et décrit les orgasmes comme plus intenses.

Deux sont les raisons qu'on retrouve dans la littérature et qui expliqueraient une diminution de la sexualité pendant la grossesse. La première (Ciolli, Orsini, Russo & Russo, 1996) soutient qu'une telle évolution de la sexualité serait due à un manque d'informations. Selon la deuxième (Scarselli, Biagiotti, Lino & Scarselli, 2002), la sexualité ne serait pas considérée, par la femme, comme un aspect important de la relation du couple.

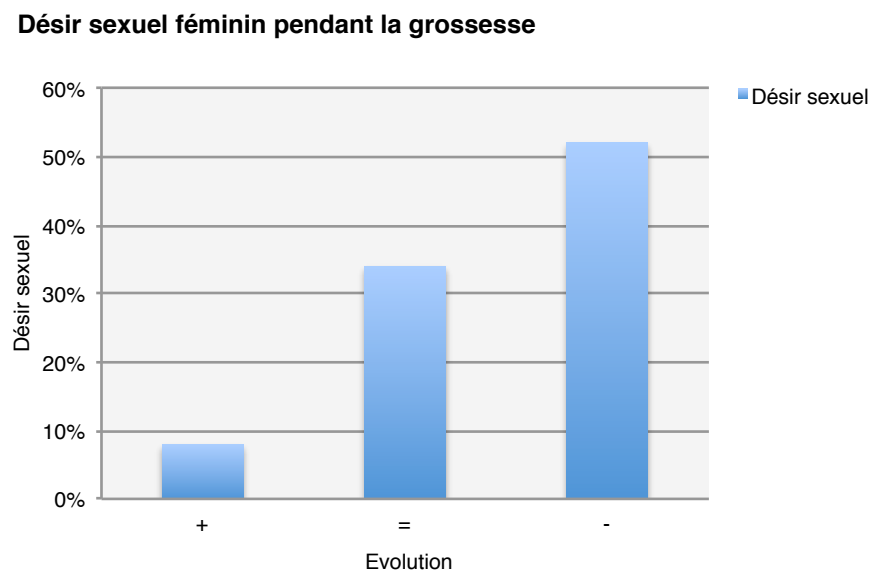
Chez l'homme, selon Charbonnier (1979), le constat d'une diminution de la fréquence des rapports sexuels pouvait conduire à l'hypothèse d'une augmentation du désir sexuel. Les résultats montrent le contraire, ce qui indique une diminution globale de la sexualité pendant la grossesse.

3.3.1. Le désir sexuel

L'étude de Ciolli, Orsini, Russo & Russo (1996) explore la modification du désir sexuel chez la femme: il diminue dans le 52% des cas, il ne change pas chez le 34%, il augmente chez le 8% et il est absent chez le 6% (c.f. graphique 1). Les auteurs expliquent cette variabilité entre les femmes par différents facteurs: l'acceptation ou pas de la grossesse, le désir de conserver l'attention du mari, l'état de santé et de bien-être et les modifications psychologiques chez la future maman.

Les données de cette étude corroborent avec des données plus anciennes (Codispoti Battacchi & De Aloysio (1981)). Cette première étude avait mis en évidence une diminution du désir sexuel chez le 58% des femmes. Elle avait aussi montré que la diminution du désir sexuel était bien moins importante par rapport à celle de la satisfaction sexuelle et à celle de la fréquence des rapports sexuels.

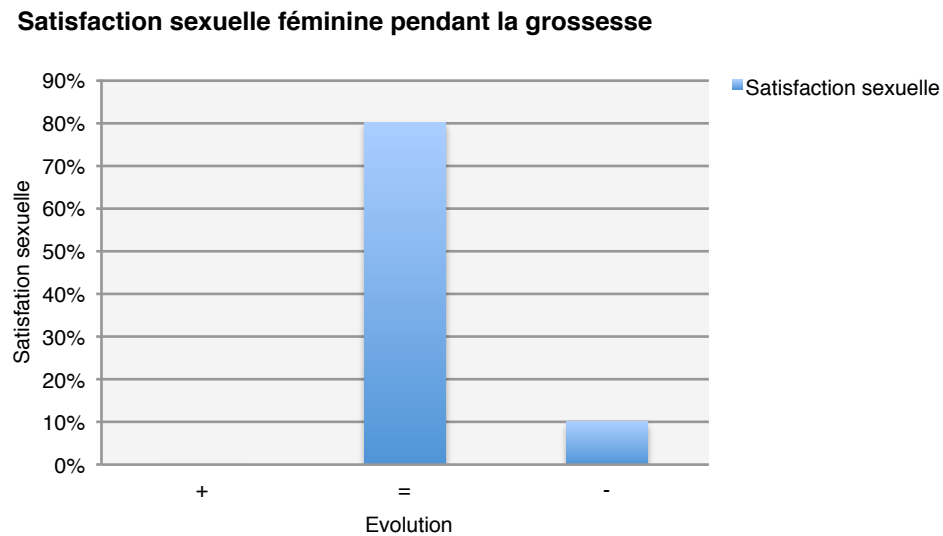
Graphique 1: Évolution du désir sexuel féminin pendant la grossesse



3.3.2. La satisfaction sexuelle

Ciolti, Orsini, Russo & Russo (1996) montrent également que la satisfaction sexuelle diminue pendant la grossesse. Le 80% des femmes ne vit pas de changement dans la réponse orgasmique, alors qu'il y a une augmentation du 10% des femmes qui éprouve l'orgasme rarement (6% avant la grossesse et 16% pendant) (c.f. graphique 2). Encore une fois, ces résultats rejoignent ceux observés par Codispoti Battacchi & De Aloysio (1981): pendant toute la grossesse, il y aurait une diminution progressive du niveau de la satisfaction dans les rapports sexuels.

Graphique 2: Évolution de la satisfaction sexuelle féminine pendant la grossesse



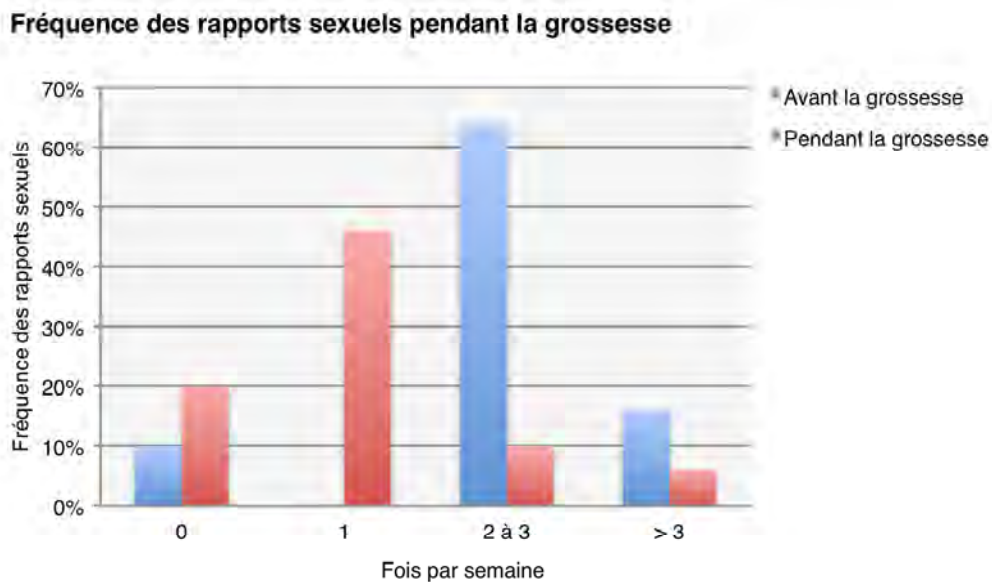
3.3.3. La fréquence des rapports sexuels

Selon l'étude de Ciolli, Orsini, Russo & Russo (1996), la fréquence des rapports sexuels diminue. Avant la grossesse, le 64% des femmes avait 2 à 3 rapports par semaine (16% >3; 10% >5; 10% <1) et pendant la grossesse, le 46% des femmes ont 1 rapport par semaine (6% >3; 10% 2-3; 18% un rapport/mois; 20% abstinence) (c.f. graphique 3). Cette évolution de la fréquence des rapports sexuels indique clairement une diminution de l'activité sexuelle pendant la grossesse par rapport à la période précédente.

Encore une fois, les résultats sont les mêmes de ceux trouvés par Codispoti Battacchi & De Aloysio (1981). Ces auteurs ont montré une diminution de la fréquence des relations sexuelles en ajoutant que son déclin est plus important par rapport au déclin de la satisfaction sexuelle, ceci dès le premier trimestre.

Graphique 3: Fréquence des rapports sexuels par semaine avant et pendant la grossesse

(la donnée statistique de la pourcentage des femmes qui ont 1 rapport sexuel par semaine avant la grossesse, n'a pas été exposée dans la littérature).



3.4. Évolution de la sexualité pendant les trimestres de la grossesse

Bartellas et son équipe (Crane, Daley, Bennett & Hutchens (2000)) indiquent les trimestres de la grossesse comme le seul facteur qui prédit l'évolution de la sexualité. Selon Codispoti, Battacchi & De Aloysio (1981), la réduction de l'activité sexuelle va du 20% au premier trimestre au 86% au troisième. Scarselli & Pampaloni (2006) également décrivent l'évolution de la sexualité pendant la grossesse en suivant les trimestres: elle diminue modérément au premier trimestre, est caractérisée par une certaine variabilité (elle peut également s'améliorer) pendant le deuxième trimestre et elle se réduit nettement au cours du troisième trimestre.

Charbonnier (1979) nous illustre l'évolution de la sexualité chez l'homme pendant la grossesse. En général, le désir sexuel masculin et la fréquence des rapports sexuels diminuent progressivement au cours des trois trimestres. La diminution de la fréquence des rapports sexuels est plus marquée que celle du désir sexuel.

En revanche, la sexualité de certains hommes n'est pas influencée par les trimestres. L'étude de Charbonnier (1979) relève que le 5,1% des hommes a eu un nombre de relations sexuelles constant pendant les trois trimestres, tandis que le 2,6% n'a eu aucune relation sexuelle pendant toute la grossesse.

3.4.1. Premier trimestre: 0 à 3 mois

Selon les études de Masters & Johnson (1967), chez la majorité des femmes il y a une diminution du désir sexuel et de la satisfaction sexuelle. Cette diminution est expliquée, selon plusieurs auteurs (Panzeri, Donà & Cusinato (2006); Loffredi (2009); Capuano, De Crescenzo, Scaravilli, Simeone, Bonafiglia, Alois, Serao, Forte & Balbi (2007)) par un mauvais état physique (nausée, somnolence, fatigue), par la peur de faire mal au fœtus pendant le coït et par la difficulté psychologique à intégrer l'image de l'enfant dans l'équilibre affectif de la relation de couple.

Dans leur article, Scarselli & Pampaloni (2006) décrivent une diminution de la sexualité pendant le premier trimestre en la reliant aux malaises physiques, aux incertitudes et aux doutes: la femme est anxieuse et émotionnellement très chargée.

Au contraire, les résultats d'une recherche conduite par Cappato, Pasini, Pellegrini & Tommaselli (1996) montrent, au premier trimestre, une constance du désir sexuel et de la satisfaction sexuelle par rapport à la période qui précède la grossesse chez deux tiers des femmes, et une augmentation chez le 17% des femmes. La fréquence des rapports sexuels est le seul paramètre qui diminue (- 46,3%) au cours du premier trimestre.

En général, la littérature décrit ce trimestre de la grossesse, chez la femme, comme le moment de la fatigue physique, des variations hormonales, des nausées et du besoin de dormir. En outre, le sein peut donner des douleurs pendant les rapports sexuels. Chez l'homme, la difficulté principale concerne la compréhension de la diminution de la libido de sa compagne: il se sent rejeté et il se remet en question par rapport à sa place avec la naissance de l'enfant (Walther, 2008). Selon Charbonnier (1979), dans le premier trimestre, on voit effectivement une diminution du désir sexuel chez le 7,7% des hommes. Heureusement, la joie de l'annonce de la grossesse peut re-équilibrer la situation de couple en conduisant à une envie de rapprochement: le désir sexuel voit une amélioration dans le 11,1% des cas. En ce qui concerne la fréquence des rapports sexuels dans le premier trimestre, le même auteur relève une diminution chez plus de 25% des hommes. L'étude de Cappato, Pasini, Pellegrini & Tommaselli (1996) montre que le 50% des hommes ne vivent pas de variations dans le désir sexuel, la satisfaction sexuelle et la fréquence des rapports sexuels pendant le premier trimestre de grossesse.

3.4.2. Deuxième trimestre: 3 à 6 mois

Selon l'article de Giagulli (2009), ce trimestre est favorable à la sexualité de la femme qui commence à se sentir mieux: la gêne physique diminue et l'humeur devient plus stable.

Masters & Johnson (1967) ont montré que dans le deuxième trimestre, le 80% des femmes vit une amélioration de la vie sexuelle au niveau du désir sexuel, de la satisfaction sexuelle et de la fréquence des rapports sexuels (ceci par rapport au premier trimestre). Selon Loffredi (2009), d'une part, cette amélioration est liée à une majeure vascularisation du petit bassin et à la réduction de l'orifice vaginal pendant l'acte sexuel (réduction du 75%). D'autre part, il y a des conditions anatomo-physiologiques plus propices à la sexualité. De plus, l'élaboration psychologique de la grossesse est accomplie et la préoccupation de l'accouchement est encore lointaine.

L'étude de Cappato, Pasini, Pellegrini & Tommaselli (1996) confirme les résultats trouvés par Masters & Johnson: chez la femme, dans le deuxième trimestre, il y a une augmentation du désir sexuel (25,7%), de la satisfaction sexuelle (18,3%) et de la fréquence des rapports sexuels (18%). Chez les hommes, par contre, il y a une diminution de la fréquence des rapports sexuels, et une constance dans le désir sexuel et dans la satisfaction sexuelle. Les résultats de l'étude conduite par Charbonnier (1979) montrent une diminution du désir sexuel chez le 22,2% des hommes et une augmentation chez une minorité (5%).

Malgré ces dernières données, le deuxième trimestre représente la phase la plus tranquille de toute la grossesse, où la sexualité s'améliore. Selon Moretti & Monti (2003), il s'agirait de la période la plus

satisfaisante, car il y aurait, outre à une augmentation du désir sexuel, une intensification qualitative et quantitative au niveau des orgasmes. Le couple vit ainsi un moment de particulière harmonie sexuelle. Dans l'article de Scarselli & Pampaloni (2006) également, cette période est décrite comme la plus sereine du point de vue de l'entente sexuelle.

En général, la femme retrouve sa féminité, sa libido, son plaisir et les sensations pendant les rapports sexuels sont plus voluptueuses. Les hommes se sentent plus virils et peuvent être séduits par les transformations du corps de la compagne, en particulier par l'augmentation de son sein (Walther, 2008).

3.4.3. Troisième trimestre: 6 à 9 mois

Dans l'article de Scarselli & Pampaloni (2006), le troisième trimestre voit une diminution nette de l'activité sexuelle de la femme avec une diminution du désir sexuel, de la satisfaction sexuelle et de la fréquence des rapports sexuels. Cette réduction serait due au gros ventre, à la peur de faire du mal à l'enfant et à l'anxiété liée à l'accouchement.

L'étude de Cappato, Pasini, Pellegrini & Tommaselli (1996) montre que le changement fondamental de la sexualité féminine au troisième trimestre est une diminution drastique de la fréquence des rapports sexuels, soit une diminution du 72,7%. Scarselli & Pampaloni (2006) reportent également une diminution de la fréquence des rapports sexuels, mais au contraire des autres études, relèvent une augmentation du désir sexuel égal au 23% (soit 6% de plus par rapport à l'augmentation du premier trimestre). Selon Moretti & Monti (2003), les raisons de l'augmentation de l'envie sexuelle seraient dues à la vasodilatation pelvienne. Les auteurs justifient la possibilité d'une diminution du désir sexuel: elle serait liée à l'obstacle du gros ventre.

Selon les études de Masters & Johnson (1967), le 75% des femmes rapporte une réduction de la vie sexuelle due aux conseils des médecins et aux différentes difficultés physiques (par exemple les douleurs lombaires, la fatigue et la plénitude abdominale). L'étude de Ciolli, Orsini, Russo & Russo (1996), confirme les résultats de Masters & Johnson (1967): le 78% des femmes arrête l'activité sexuelle dans ce trimestre, et le 62% d'entre elles le motivent avec la peur de faire mal à l'enfant (le 16% a eu des problèmes obstétricaux).

Selon l'article de Giagulli (2009), l'explication de la diminution significative du désir sexuel et de la fréquence des relations sexuelles serait liée à la fin de la grossesse: l'accouchement s'approche et cela conduit à des nouvelles préoccupations.

Chez l'homme, Charbonnier (1979) a relevé une diminution du désir sexuel chez le 41,9% des hommes et une augmentation chez une minorité (4,3%). En ce qui concerne la fréquence des rapports sexuels, le même auteur a reporté une diminution du 70,1%.

En général, dans le troisième trimestre, l'activité sexuelle s'atténue: le 50% des couples cessent progressivement d'avoir des relations sexuelles.

3.5. Facteurs qui influencent l'évolution de la sexualité pendant la grossesse

3.5.1. La sexualité avant la grossesse

Le défi du couple

Quand on parle d'une sexualité qui conduit à une grossesse, dans la majorité des cas existe aussi un couple qui s'est choisi et qui a des projets. Le couple peut avoir différentes façons de se construire et différentes stratégies pour tenir dans le temps. À partir de son expérience clinique, Pasini (2010) a mis en évidence l'existence de divers styles de couple.

Il y a des couples qu'on définit à "style amoureux": au départ, les amants ont été amoureux et le désir sexuel était là. Malheureusement, l'attraction sexuelle diminue avec le temps, car il y a une érosion de la relation due à la cohabitation, à l'habitude et aux malentendus. Dans ce couple, la fréquence des rapports sexuels diminue progressivement.

Un autre style de couple est celui "de raison ou de consolation": l'attraction sexuelle et/ou l'intimité sont absentes ou minimales dès le début. Le couple naît pour éviter la solitude, pour mieux vivre au niveau financier, pour protéger un membre des pratiques sexuelles socialement inacceptables ou bien en conséquence à une grossesse accidentelle.

Encore, il existe le "style traditionnel", qu'il est adopté par les couples qui suivent les règles sociales du comportement sexuel. La sexualité peut donc être plus ou moins bonne et plus ou moins uniforme. Dans ce style, le rôle des lois religieuses et patriarcales est central, ce qui conduit au concept de "devoir conjugal": la femme est au service des besoins sexuels de l'homme.

Dans tous ces cadres de figure, le défi est d'arriver à concilier la vie de couple à long terme avec le développement et/ou la permanence du désir sexuel. En effet, la santé relationnelle amoureuse prévoit la capacité d'aimer et d'être aimé, la capacité à tolérer l'intimité et la capacité de transformer la passion amoureuse en un lien affectif sexualisé, profond et durable (Crépault, 1997).

Selon Brenot (2001) existe une évolution sexuelle du couple qui peut être divisée en trois phases. La première prévoit l'exclusivité sexuelle, la fidélité et le fort sentiment amoureux. Dans la deuxième

s'installe la routine sexuelle, une diminution du désir sexuel, l'apparition d'éventuelles dysfonctions sexuelles et une diminution de la fréquence des rapports sexuels. Ce panorama peut conduire à la troisième phase: la recherche de l'excitation sexuelle, qui peut se faire dans la relation conjugale mais également dans la relation extra-conjugale.

On ne doit pas oublier, que la diminution du désir sexuel dans le couple a une cause biologique et une cause psychologique, ce qui fait que la diminution du désir sexuel dans un couple de longue durée est normale. À partir de ce donné, il faut quand même réagir en visant l'innovation du couple et ceci en trouvant un équilibre qui se réinvente toujours grâce à la négociation (Panzeri, Donà & Cusinato, 2006). Afin qu'un couple résiste dans le temps, il faut savoir se marier plusieurs fois avec la même personne.

La sexualité dans le couple

Selon plusieurs auteurs (Call, Sprecher & Schwartz, 1995; Marsiglio & Donnelly, 1991; Rao & DeMaris, 1995, cités par Panzeri, Donà & Cusinato (2006)), l'augmentation de l'âge fait diminuer la fréquence des relations sexuelles et ceci est expliqué par des facteurs biologiques et psychologiques (les deux associés au processus de vieillissement). La longueur du mariage ou de la cohabitation influence la fréquence des rapports sexuels, dans le sens d'une corrélation négative: plus le temps vécu ensemble est long, moins les rapports sexuels sont fréquents. Le même se passe avec la satisfaction sexuelle qui décroît plus lentement par rapport à la fréquence des rapports sexuels (Panzeri, Donà & Cusinato, 2006). Pour mieux comprendre le comportement sexuel du couple pendant la grossesse, il faut considérer ces dernières informations. De plus, selon Scarselli & Pampaloni (2006) ainsi que selon Ciolli, Orsini, Russo & Russo (1996), la vie sexuelle pendant l'année qui précède la grossesse montre comme celle-ci accentue les problèmes sexuels déjà existants ou, au contraire, comme elle améliore les ententes qui étaient bonnes. Selon Bitzer & Alder (2000) également, cette période peut exacerber des problèmes sexologiques précédents. Dans ce cas, le corps médical devrait donner à la femme un espace de parole où elle peut déposer ses doutes, ses questions et trouver des informations et des réponses. Selon l'étude de Charbonnier (1979), le 5% des hommes est touché par une modification de sa sexualité avec une apparition, une diminution ou la persistance du trouble sexuel. À faveur de l'hypothèse qui voit la sexualité précédente influencer la sexualité pendant la grossesse, Scarselli & Pampaloni (2006) affirment que le changement des positions sexuelles, nécessaire pendant la grossesse à cause du gros ventre, peut jouer un rôle négatif dans les couples habitués à une sexualité mécanique. Ces couples vivent donc une diminution générale de leur activité sexuelle. La qualité de la sexualité du couple dans la période antécédente la grossesse est donc un prédicteur significatif de la sexualité pendant la

grossesse. Dans son étude, Charbonnier (1979) affirme que "*le sentiment global et subjectif de satisfaction sexuelle avant la grossesse n'intervient pas sur le désir, mais qu'il influence par contre la fréquence des relations sexuelles*" (Charbonnier, 1979, p. 22) dans le sens d'une diminution de la fréquence des rapports sexuels pendant la grossesse, si la sexualité précédente était qualifiée de "assez" ou "pas" satisfaisante. En outre, moins les relations sexuelles étaient fréquentes avant la grossesse, plus elles diminueraient pendant la grossesse. De même, le désir sexuel diminuerait pendant la grossesse d'autant plus qu'il était faible avant. Cette étude montre donc que "*la sexualité antérieure influence la sexualité durant la grossesse (...) si la sexualité avant la grossesse était bonne, elle le reste, si elle ne l'était pas, elle se péjore*" (Charbonnier, 1979, p. 23).

Selon l'article de Panzeri, Donà & Cusinato (2006), les connaissances sur la vie sexuelle pendant la grossesse sont insuffisantes et il ne serait pas possible définir quels changements seraient attribuables à la grossesse et quels à d'autres facteurs. De plus, les comportements sexuels pendant la grossesse ont été isolés du contexte relationnel ce qui ne peut pas donner une idée de ce qui se passe dans la réalité, où les deux dimensions (sexuelle et relationnelle) sont indissociables. À propos du contexte relationnel, dans leur article, Panzeri, Donà & Cusinato (2006) soulignent comme la période de la grossesse et des mois juste après l'accouchement puisse être facile si les partenaires sont ouvertes à la communication et au partage, avec un désir réciproque de trouver un compromis. Selon Graziottin (2007), quand l'intimité est vécue sereinement et dans le désir réciproque, la grossesse est caractérisée par l'alliance entre les futurs parents, ce qui prédit une meilleure santé émotionnelle du bébé.

3.5.2. La vie intérieure pendant la grossesse

Selon Favez (2010), le travail d'être parents commence pendant la grossesse, même avant. La période de la grossesse est le début de beaucoup de changements d'identité: identité individuelle de la femme (qui devient mère), identité individuelle de l'homme (qui devient père) et identité du couple (qui devient un couple parental). Il y a aussi un travail de repositionnement des relations entre le futur couple parental et les respectives familles d'origine: devenir parent signifie que ses propres parents deviennent grands-parents, ce qui est souvent vécu avec ambivalence. De plus, dès que la grossesse est confirmée, des nouvelles représentations prennent forme: l'image du bébé, l'image de soi-même et du partenaire comme parents, l'image de la nouvelle famille et de la place du bébé à l'intérieur de cette nouvelle réalité. Les images parentales évoluent au fur et à mesure que la grossesse avance: les représentations du fœtus sont riches en quantité et en qualité pendant les premiers mois (3^{ème} et 4^{ème} mois avec l'échographie, 5^{ème} mois avec les premiers mouvements du fœtus) et arrivent au sommet au

cours du 7^{ème} mois. Ensuite, il y a un appauvrissement de ces représentations, afin de se protéger de la confrontation du rêve avec la réalité. Tous ces changements au niveau de l'imaginaire conduisent à des modifications dans le comportement et dans la relation des futurs parents: au système pré-existant, s'ajoutent le système parental (mère- enfant; père-enfant), le système co-parentale (qui dépend de la relation du système conjugal) et le système triadique (père-mère-enfant).

3.5.3. Le vécu de la femme

En 1975, Pasini affirme l'existence d'une conflictualité psychologique entre sexualité et maternité chez la femme, où la maternité l'emporte sur la sexualité pendant la grossesse. Également Giagulli (2009) souligne cette double identité chez la femme: elle se partage entre maternité (la femme se syntonise toujours plus sur le fœtus) et sexualité. Cette polarisation se reflète dans la difficulté de trouver un équilibre entre parentalité et intimité, et cela peut conduire à des conséquences négatives, comme le montre un témoignage reporté par Walther (2008, p. 31) "*j'ai laissé mon statut de future maman briser celui de femme*".

Selon Scarselli & Pampaloni (2006), la grossesse réelle et symbolique, souvent rejetée au début pour être acceptée ensuite, représente un moment critique et de stress significatif dans la vie d'une femme. En effet, être enceinte signifie être confrontée à une transformation totale: biologique, psychologique, culturelle et relationnelle. Cette révolution conduit facilement à une inconstance dans les jugements et à des sentiments contradictoires par rapport à soi-même et, plus particulièrement, par rapport à son corps. Les changements physiques peuvent ainsi être vécus par la femme comme une perte des valeurs esthétiques, considérées comme des attraits sexuels, ce qui peut conduire à une diminution de la sûreté en soi, au profit d'une perception négative de sa propre image corporelle. Cette perception peut être à la base de certaines inhibitions liées à la vie sexuelle (par exemple, la femme éprouve de l'anxiété par rapport aux changements des organes sexuels car pense que l'homme peut ne plus les apprécier). L'étude de Ciolli, Orsini, Russo & Russo (1996) montre bien cet aspect: la femme se perçoit, aux yeux de son partenaire, comme moins désirable: aucune d'entre elles pense que le désir de son compagnon soit augmenté (70-74% le considèrent égal; 20-24% mineur; 2-4-% inexistant). Les mêmes auteurs décrivent un autre grand changement d'ordre physique et psychologique: la femme doit accepter d'abandonner temporairement l'image de soi comme un seul organisme avec des confins individuels et commencer à se voir comme une maman qui porte, à l'intérieur de soi et comme partie de soi, un nouvel organisme. Cette condition demande une restructuration psychologique avec une adéquation au nouveau rôle. Les modifications touchent donc le monde individuel ainsi que sa propre manière de se

rapporter à l'autre: la personnalité entière de la femme est impliquée. En conséquence, les réactions peuvent être très différentes, en fonction de la personnalité: chez certaines il y aurait la peur de l'engagement, chez d'autres il y aurait un conflit entre maternité et carrière et chez d'autres encore il y aurait tout simplement du bonheur. Dans son livre, Walther (2008, p. 18) décrit ainsi le vécu de la femme: *"une puissante parenthèse s'ouvre, laissant entrevoir une femme nouvelle, fragile, en proie à un total épanouissement pour certaines, ou bien à un grand vide pour d'autres"*. Walther (2008, p. 81 et 82) relate également le point de vu masculin par rapport aux changements d'humeur de la compagne: *"ma femme n'était pas la même. Chaque jour, un trait de sa personnalité changeait. Elle devenait vite irritable, parfois intraitable (...) J'ai longtemps subi ses envies, ses excès, sans pouvoir mettre un mot sur ce qui nous arrivait. La grossesse de ma femme a changé notre tempérament et modifié notre individualité. Nous aurions peut-être dû mieux communiquer"*.

Cappato, Pasini, Pellegrini & Tommaselli (1996), outre à décrire le vécu de la femme enceinte comme influencée par les modifications corporelles et somatiques et par les aspects psycho-affectifs de la maternité et de la sexualité, soulignent l'importance des informations que les femmes reçoivent par leur entourage ou par le corps médical. Selon Graziottin (2007), pour comprendre ce qui vit une femme enceinte, il est également importante de connaître son histoire obstétricale: si dans le passé, il y a eu des difficultés à tomber enceinte, des risques de fausses-couches ou d'accouchement prématuré, la sexualité fait peur et souvent est évitée.

Toutes les études partagent l'opinion que le vécu psychologique de la femme enceinte est le facteur le plus influent sur la sexualité: les femmes équilibrées psychologiquement sont celles dont le comportement sexuel est le plus stable. De même, les femmes heureuses peuvent voir une amélioration de leur vie sexuelle et de leur identité de femme. Voici un témoignage: *"elle devenait, physiquement, l'essence de la féminité"* (Walther, 2008, p.15).

3.5.4. Le vécu de l'homme

Ce travail est centré sur le désir sexuel féminin pendant la grossesse, c'est-à-dire, pendant une période qui a présupposé la rencontre de deux personnes: un homme et une femme. Comme le dit Walther (2008, p. 157), *"on navigue en duo pour bientôt se réveiller avec un être de plus"*. Dans beaucoup de situations, parmi lesquelles la grossesse, le vécu d'une femme et le vécu d'un homme sont différents. Vu l'interaction de ces vécus, on fait un bref excursus sur ce qui se passe dans la vie d'un homme qui est en attente de voir naître son bébé.

Selon Graziottin (2007), la paternité représente un tournant du point de vue existentiel dans la vie d'un homme: elle peut lui faire découvrir une capacité de tendresse jamais expérimentée à l'avance, tout comme une diminution du désir sexuel envers sa femme. Les hommes peuvent montrer une envie de rapprochement ou bien, l'exigence de s'éloigner le plus possible de la situation anxiogène: soit avec une fuite soit avec un évitement. Selon Walther (2008, p.23 et 24), *"on distingue deux types d'hommes: ceux pour qui la grossesse est une affaire de femmes, qui partagent, mais de loin, les préoccupations de leur compagne, et ceux qui ont besoin d'entrer en symbiose avec leur moitié, de ressentir ses moindres transformations et émotions. (...) une troisième catégorie: ceux qui perdent pied. La pression psychologique générée par l'arrivée d'un enfant, les charges familiales qu'elle suppose provoquent chez eux une peur panique qui se traduit, dans les situations extrêmes, par une fuite du domicile conjugal."* Selon Graziottin (2007), il y a différentes façons d'affronter ce changement de statut: chez certains hommes, le passage à la paternité est vécu en manière positive et suscite un sens d'orgueil et de responsabilité avec une augmentation de la capacité à partager les tâches quotidiennes. Chez d'autres, au contraire, le passage à la paternité est vécu comme un moment dans lequel des conflits psychiques anciens resurgissent et avec eux des troubles relationnels, psychologiques ou psychosomatiques. Cette conflictualité importante et la présence du fœtus peuvent être perçus comme une réalité menaçante (il s'agit surtout d'hommes jeunes et immatures qui désirent encore se sentir libres et indépendants).

Masters & Johnson (1967) ont souligné le rôle protecteur investi par plusieurs futurs pères, rôle qui conduit parfois jusqu'à l'abstinence sexuelle afin d'être sûr de ne pas faire mal au fœtus ni à la compagne. Cette attitude protectrice envers sa propre femme peut être accompagnée par l'expérience d'un lien de couple plus intense. En revanche, selon Scarselli & Pampaloni (2006), ce rôle protecteur n'est pas nécessairement positif: il peut être anxiogène pour le futur papa qui risque ainsi d'adopter des comportements dysfonctionnels pour le couple. Par exemple, il peut s'enfuir de la relation et se réfugier dans le sport, dans le travail ou dans les sorties entre amis. Ou bien, quand il ressent des stimuli sexuels qui ne sont pas satisfaits dans la relation de couple, il peut recourir à une relation extra-conjugale avec ou sans tomber amoureux (ce qui arrive, selon l'étude de Charbonnier (1979), dans le 12% des cas). Ou encore, il peut y avoir une chute du désir sexuel, qui peut être expliquée tantôt comme une manière de fuir les responsabilités, tantôt comme un rejet des changements physiques de la femme. En effet, chez l'homme, le désir sexuel se nourrit en grand partie des stimuli visuels et pour certains d'entre eux est difficile d'accepter et d'aimer les transformations du corps de la femme dues à la grossesse.

En général, à propos du comportement sexuel de l'homme pendant la grossesse, l'étude de Chabonnier & Pasini (1979) décrit une diminution progressive du désir sexuel et de la fréquence des rapports sexuels. Cette constatation ne regarde pas tous les hommes: chez certains, le désir sexuel reste présent et ils voient leur femme comme encore plus sensuelle. En outre, selon Abraham (2010), la pulsion paternelle aujourd'hui est beaucoup présente car elle est devenue un moyen pour l'homme de démontrer sa puissance pénienne et reproductive, lui donne donc un statut social positif.

3.5.5. L'information: entre peurs et fausses croyances

Les conditionnements qui interdisent l'activité sexuelle pendant la grossesse viennent des croyances populaires et semblent liés au symbolique plutôt qu'au réel; en particulier à la polarisation entre maternité et sexualité. La maternité est le symbole de l'esprit et de la pureté, tandis que la sexualité est le symbole du corps et du pêché. Cafaro (1988) liste des préjugés et des fausses croyances par rapport à la sexualité en gestation:

- si on a des rapports sexuels pendant la grossesse, l'enfant naît avec une tâche de naissance sur le corps
- les femmes enceintes n'ont plus d'intérêt pour le sexe
- les hommes ne sont pas sexuellement intéressés par les femmes enceintes
- les femmes enceintes n'ont pas d'orgasme
- le rapport sexuel pendant les premiers mois de la grossesse peut causer un avortement
- le sperme peut arriver jusqu'à l'enfant qui va l'utiliser comme nutrition
- les enfants dans le ventre maternel peuvent sentir ce qui se passe pendant le rapport sexuel
- le poids de l'homme et ses poussées peuvent abîmer l'enfant
- pratiquer la sexualité pendant la grossesse induira le nouveau-né, une fois adulte, à avoir un fort désir sexuel
- une activité sexuelle trop fréquente pendant la grossesse laissera un signe physique sur l'enfant

Actuellement, il y a encore beaucoup de femmes et d'hommes qui croient à ces énoncés. La force des peurs est double, car les craintes de la femme sont en interaction avec celles de l'homme dans une spirale d'alimentation réciproque (Charbonnier, 1979). Une des peurs classique, chez les hommes encore plus que chez les femmes, c'est la peur de faire mal au fœtus. Cette crainte a une influence prépondérante sur le choix d'abandonner la sexualité pendant la grossesse. Dans cette étude, seulement le 29,9% des hommes serait conscient de la relation entre les peurs et le changement du comportement sexuel. Selon l'article de Loffredi (2009), cette peur refléterait des fantasmes sadiques liées à l'idée

d'endommager le fœtus avec une pénétration très profonde. Cette fantaisie est à son tour liée à la mauvaise connaissance de l'anatomie féminine (en particulier à la confusion entre utérus et vagin) et à l'ignorance par rapport à la position du fœtus. Le fœtus est objectivement en sûreté en étant à l'intérieur de l'utérus, qui se situe en haut par rapport à l'orifice du vagin; de plus, il est bien protégé par le placenta et par le sac amniotique (Di Pietro, 2008).

Ce manque d'information trouve confirmation et explication dans l'étude de Cappato, Pasini, Pellegrini & Tommaselli (1996): le 15% des femmes et le 26,3% des hommes affirment ne pas avoir eu d'informations concernant la sexualité pendant la grossesse. Le 73,3% des femmes indiquent la lecture comme source principale d'information et selon les auteurs de l'étude, même si un bon livre est utile, la lecture solitaire peut alimenter des doutes, des incertitudes, des mythes et des auto-dévalorisations; de plus, avec cette méthode, le dialogue dans le couple peut être inexistant. Une des conséquences possibles des peurs infondées (et donc du manque d'information) est un abandon de la sexualité de la part du couple tout au long de la grossesse. Cette abstinence sexuelle peut accentuer des situations d'incompréhension déjà présentes entre les partenaires, situations qui maintenant deviennent visibles ou exacerbées. Le lien affectif peut être mis en danger et un nouvel équilibre peut être très difficile à trouver.

Les couples semblent être disponibles à résoudre ce problème à la base: selon l'étude de Bartellas, Crane, Daley, Bennett & Hutchens (2000), le 76% des femmes aimerait discuter de l'activité sexuelle pendant la grossesse avec le médecin. Également Cappato, Pasini, Pellegrini & Tommaselli (1996) se souhaitent que le corps médical (tels par exemple les obstétriciens et les gynécologues) dédie plus de temps au thème de la sexualité pendant la grossesse au cours des entretiens avec les patients; ceci présupposerait une meilleure formation sur ce sujet chez toutes les figures professionnelles concernées. Ces mêmes auteurs soulignent l'importance de s'adresser aux futurs pères autant qu'aux futures mères. Loffredi (2009) également met en évidence la nécessité d'une information plus adaptée et systématisée à donner, en premier lieu aux médecins, et en deuxième lieu aux deux partenaires. Le but serait d'éviter des malentendus et d'encourager le dialogue dans le couple. D'autres auteurs (Scarselli, Biagiotti, Lino & Scarselli, 2002; Ciolli, Orsini, Russo & Russo 1996) ont rendu ce message encore plus clair: il faut investir sur des canaux de communication afin d'éduquer le couple à vivre sereinement sa sexualité pendant la grossesse, tout en sachant qu'éduquer le couple signifie, avant tout, former des professionnels compétents.

En ce qui concerne le contenu de ces informations, il faut s'assurer que le couple comprenne que l'intérêt sexuel est soumis à différentes fluctuations, la diminution progressive du désir sexuel est plus

commun chez les femmes que chez les hommes et la diminution de l'activité sexuelle pendant la grossesse va du 20% au premier trimestre au 86% au troisième trimestre (Scarselli & Pampaloni, 2006).

En conclusion, une meilleure information sur la sexualité pendant la grossesse pourrait être le meilleur moyen de prophylaxie de l'intimité du couple. Selon Graziottin (2007), si la sexualité pendant la grossesse est vécue avec joie, il n'y a pas de contre-indications. Au contraire, il y aurait des conséquences positives: le risque d'accouchement prématuré diminuerait, l'incidence de la dépression post-partum serait mineure, le bien-être relationnel mère-enfant et père-enfant serait meilleur et la relation mère-père et femme-homme en bénéficierait aussi.

3.5.6. La personnalité individuelle chez la femme

L'article de Loffredi (2009) met en évidence le rôle de la personnalité individuelle féminine dans la façon de vivre la sexualité pendant la grossesse. Les personnalités équilibrées modifient moins leur sexualité et les éventuels changements dans le comportement sexuel sont souvent justifiés par des raisons objectives. Les femmes angoissées et/ou phobiques ont plus de répercussions négatives sur la sexualité à cause de leurs peurs, souvent imagées et pas réelle. Les personnalités infantiles et hystériques ont des réactions contradictoires: d'une part, les femmes qui perçoivent la grossesse comme une manière de se réaliser complètement vivent une sexualité plus riche et plus libre. D'autre part, les femmes qui se replient narcissiquement sur soi-même ou qui sont dérangées par les changements esthétiques vivent une sexualité moins satisfaisante et une diminution de la libido. Enfin, les femmes avec des tendances obsessives arrêtent leur vie sexuelle au profit de la maternité. Ciolli, Orsini, Russo & Russo (1996) soulignent le lien entre une saine vie sexuelle pendant la grossesse et le sens de sûreté personnelle avec lequel la femme fait face aux changements de la vie biologique.

En général, il faut souligner que le passage à la maternité influence la personnalité de la femme même en raison d'une restructuration des hiérarchies familiales: *"nous partageons désormais un point commun avec notre mère, celui de donner la vie. Une sorte de consécration mère/fille indispensable à cette étape qui permettra indéniablement l'éclosion de notre nouvelle identité. Ce passage a évidemment une incidence sur notre équilibre, notre vie de couple et nos relations amoureuses"* (Walther, 2008, p. 126 et 127).

3.5.7. La relation de couple

Le couple avec la cohabitation ou avec le mariage, après quelque temps, devient un foyer domestique; ceci présuppose un ajustement réciproque des partenaires dans tous les champs de la vie, sexualité comprise. Le devoir d'un couple est de trouver progressivement un équilibre toujours renouvelable, il faut donc une négociation continue des goûts, des préférences, des priorités et des projets. À ce propos, selon Malarewicz (2002), les objectifs d'un éventuel parcours thérapeutique de couple sont la compréhension de la relation de couple, la compréhension de cette relation dans son contexte et la compréhension de la place de chaque partenaire avec ses besoins, ses désirs et ses projets, pour soi et pour son couple. Comme on l'a déjà dit, selon Crépault (1997), la santé relationnelle amoureuse prévoit la capacité de développer un sentiment identitaire positif et individuel dans un contexte d'intimité, ainsi que la capacité de transformer la passion amoureuse en lien affectif profond, durable et sexualisé. La littérature ne relève pas un lien direct entre diminution de la sexualité et diminution du lien affectif pendant la grossesse. Au contraire, elle indique une augmentation de l'amour et de l'affection de l'homme vers sa compagne: le 55,6% des hommes dit être affectivement plus proche de sa femme (le 0,9% se dit moins proche et le 41,9% ne voit pas de changements) (Charbonnier, 1979).

Dans leur article, Scarselli & Pampaloni (2006) mettent en évidence que la grossesse n'influence pas directement le lien affectif. En revanche, elle est décrite comme possible cause de croissance ou de régression de la relation sexuelle du couple. Si pour certains partenaires, le plaisir de devenir parents relance le désir sexuel, pour d'autres le passage "de deux à trois" conduit à une vraie crise évolutive: il y a une réduction des composantes romantiques, érotiques et de la complicité amicale (syntonie d'un couple qui ne doit pas se confronter aux responsabilités). Se préparer à devenir parents signifie aussi profiter de ce moment pour acquérir la compétence du partage des devoirs et des responsabilités.

Dans l'article de Giagulli (2009), le début de la grossesse coïncide avec une soudaine diminution des rapports sexuels: l'attente et l'arrivée d'un enfant impliquent une restructuration des rôles dans le couple et une modification des équilibres relationnels. Souvent, la sexualité devient un problème, malgré la relation affective soit conservée et parfois, comme on l'a vu, intensifiée.

Il semble donc que la sexualité pendant la grossesse dépend des facteurs physiques et psychologiques. Le comportement sexuel est influencé, en grand partie, par la façon du couple de vivre la grossesse, par le sens qui a été donné à l'enfant (désiré ou accidentel) et par la présence d'autres enfants; tout ça dans un moment particulier de la vie individuelle et du couple. Fondamental, afin de vivre au mieux la sexualité pendant la grossesse, c'est de définir quels sont les vécus qui favorisent le maintien de l'activité sexuelle dans le couple. Par exemple, dans certaines situations, l'homme continue à ressentir les

stimuli sexuels et la femme continue à avoir une sexualité avec le seul but inconscient de maintenir le lien avec son compagnon.

L'article de Panzeri, Donà & Cusinato (2006) indique un autre facteur influençant la sexualité pendant la gestation: l'âge des partenaires et du couple. Cet article cite différents auteurs qui montrent qu'à une augmentation de l'âge correspond une diminution de la fréquence de l'activité sexuelle. Les explications seraient liées à des facteurs psychologiques et biologiques, les deux associés au vieillissement. De plus, la diminution de la fréquence des rapports sexuels augmente avec l'augmentation des années de mariage ou de cohabitation, ce qui serait expliqué par le phénomène de l'accoutumance. La satisfaction sexuelle aussi diminue (même si moins rapidement que la fréquence) avec l'augmentation de l'âge et des années de mariage ou de cohabitation.

L'évolution culturelle joue également un rôle important (Panzeri, Donà & Cusinato, 2006). Il est donc nécessaire souligner et prendre en considération une nouvelle tendance dans la construction d'une famille: la recherche du premier enfant se fait toujours plus tard, ce qui signifie que les parents sont plus vieux. Cette nouvelle réalité implique des changements culturels, biologiques et psychologiques dans le vécu de la grossesse. Par contre, ce qui reste invariable selon la littérature, c'est la difficulté de dégager la sexualité de la maternité (la première est mise à côté au profit de la deuxième).

Scarselli & Pampaloni (2006) soulignent, à propos de la dimension affective et relationnelle, la responsabilité de la femme par rapport à l'implication du partenaire pendant la grossesse (et pas seulement dans la fonction reproductive). Il est indispensable une identification du partenaire avec la femme enceinte. À ce sujet, la sexualité doit être cultivée pour un bien-être psychologique de l'homme: elle est le moyen grâce auquel il ne se sent pas seul ni exclus du rapport qui est entrain de se créer entre sa femme et son fils. Le témoignage reporté par Walther (2008, p. 60 et 61) nous aide à comprendre l'importance de la sexualité pour l'homme pendant la grossesse "*La grossesse châtre, subtilement et de façon durable, mes élans amoureux, mais surtout me destitue de ma fonction de mâle. Je suis prisonnier de ses hormones et de ses désirs (...) je me masturbe afin de ne pas dénaturer notre tendre relation (...) j'ai juste envie de faire l'amour à celle que j'aime profondément*" et encore "*Un homme qui n'a plus l'impression d'être une "bête de sexe" n'est plus capable de rien*" (Walther, 2008, p. 90).

Selon Charbonnier (1979), un moment crucial pour le partage de la magie de la grossesse, en particulier pour l'homme, est représenté par les premiers mouvements du fœtus: le 32,5% des futurs pères (un tiers des hommes) considère que son enfant est un être vivant dès ce moment-là. En tout cas, le rôle de l'homme pendant la grossesse commence dès la conception: il est la personne la plus importante dans l'aide et dans la compréhension de la future maman. Ce rôle lui devrait être reconnu, afin qu'il ne vive

pas des sentiments d'exclusion et de rejet. En effet, ces sentiments négatifs vécus par certains hommes ne sont pas toujours infondés, voici le témoignage d'une femme: "*Je me sentais tellement responsable de cet être qui grandissait chaque jour en moi! Je ne supportais pas que mon mari brise l'intimité que j'entretenais avec lui*" (Walther, 2008, p. 138). Un autre témoignage récolté, encore une fois par Wlather (2008, p. 91), nous est cher pour comprendre les pensées des hommes par rapport au sentiment d'exclusion: "*Être enceinte, ce n'est pas seulement avoir envie de vomir le matin... ou avoir les pieds gonflés le soir, montrez-nous aussi le reste, partagez les bons côtés. Prêtez-nous un peu du bonheur que cela procure de porter la vie en soi. Montrez-nous aussi que nous sommes toujours votre Tarzan*". Si ces deux derniers témoignages, au lieu d'être des pensées individuelles qui se transforment en positions réelles de distance, devient le contenu d'une communication à l'intérieur du couple, on comprend bien quel cadeau se font les deux partenaires. Encore plus important, quel cadeau ils font à leur futur enfant. Le sentiment d'exclusion de l'homme peut avoir des conséquences négatives sur le couple, mais également sur le lien père-enfant: "*Elle est heureuse et je ne suis en rien responsable de son état. J'ai parfois l'impression d'être exclu de ses projets et j'en suis à la fois jaloux et malheureux. Ce bébé est un réel "tue l'amour"*" (Walther, 2008, p. 139).

Le dialogue, l'inclusion du père, l'attention sur les besoins des deux partenaires qui arrivent ainsi à se prendre soin l'un de l'autre, ils sont donc une condition nécessaire au maintien d'une attitude intime et affectueuse dans la relation de couple. Cela peut être le moteur d'une nouvelle expérimentation de la sexualité. Expérimentation qui est encouragée par le recours à l'intuition: les changements peuvent conduire à une nouvelle créativité sexuelle du couple. Cette créativité est une conquête pour les deux partenaires qui doivent surmonter des obstacles. Un premier obstacle est, selon Bitzer & Alder (2000), une évidente différence entre les partenaires par rapport au désir sexuel dans les divers trimestres de la grossesse, ce qui représente un point critique. En effet, "*le désir de la femme diminue beaucoup plus que celui de l'homme mais aussi qu'il augmente plus, surtout au deuxième et au troisième trimestre*" (Charbonnier, 1979, p. 18). Selon Moretti et Monti (2003), chez la femme enceinte augmente le besoin de recevoir des câlins et des tendresses, ainsi que le désir d'être au centre du monde et le désir d'être désirée par son partenaire. Un deuxième obstacle, comme on l'a déjà vu, sont les changements physiques de la femme qui peuvent avoir une influence sur la sexualité du couple et sur la relation. Walther (2008, p.43), à ce propos, reporte le témoignage d'une femme enceinte: "*Mon corps m'échappait, mon désir disparaissait et un réel désordre amoureux s'installait*". L'étude de Charbonnier (1979) montre deux réactions des hommes en réponse aux changements physiques de la femme. Dans la première réaction, le 52,1% des hommes a dit de ne pas être touché par ces

changements esthétiques de la femme; dans ce cas, le désir sexuel et la fréquence des rapports sexuels sont restés stables (on aurait pu imaginer une augmentation). Dans la deuxième réaction, l'étude relève une influence des changements physiques de la femme sur la sexualité: le 34,2% des hommes se dit "un peu gêné" par ces modifications et le 8.5% "beaucoup gêné". Les effets de cela sont une diminution du désir sexuel et de la fréquence des rapports sexuels. Il faut souligner que cette diminution de la sexualité est plus marquée pendant le premier trimestre de la grossesse, où les modifications physiques sont peu évidentes *"On peut voir ici que c'est bien la représentation de ce corps de femme devenue mère "qui gêne" et non un corps dont seules les lignes esthétiques sont modifiées"* (Charbonnier, 1979, p. 26).

En général, Scarselli & Pampaloni (2006) soulignent l'importance de la communication dans cette période particulière: la difficulté de communiquer au niveau érotique, peut engendrer facilement un blocage de la communication. Cela implique moins d'écoute, voir moins de compréhension réciproque. Il faut bien se souvenir que la grossesse est l'un des moments les plus beaux qui puisse vivre une personne, à condition qu'il soit un événement vécu avec harmonie, sérénité et complicité, même sexuelle. Cet étape de la vie du couple se confronte à un grand défi: trouver le juste équilibre entre intimité (être amants) et parentalité. Si le rôle parental occupe toute la place, le couple perd sa dimension relationnelle et sexuelle; cela peut conduire à un climat de tension, à une conflictualité manifeste et, quelquefois, à une fuite psychologique et parfois physique. Le couple capable de vivre une bonne intimité physique pendant la grossesse construit une union solide qui reste pour la suite, avec un père plus présent. Le mieux serait donc de s'engager dans la valorisation et dans la défense de l'espace du couple; le Sexocorporel, comme on le verra plus loin, donne des bons outils qui visent à nourrir la sexualité dans le couple. Nourrir la sexualité signifie par exemple, au niveau individuel, maintenir une pensée sur la sexualité, sur la corporalité et sur la séduction; au niveau relationnel, les appréciations réciproques donnent une énergie positive et constructive au couple (par exemple, l'homme pourrait renvoyer une image de beauté à sa femme, et la femme pourrait remercier l'homme pour les attentions qu'il lui dédie). Scarselli & Pampaloni (2006) décrivent la sexualité comme le domaine le plus vulnérable dans la relation de couple où beaucoup de couple commencent à présenter des difficultés sexuelles pendant la grossesse. Il faut soigner un éventuel malaise à ce niveau, car l'activité sexuelle peut être une ressource psychologique capable d'augmenter la qualité de vie individuelle et du couple. Selon Graziottin (2007), l'enfant pourra bénéficier, lui aussi, d'une meilleure santé émotionnelle si les parents vivent la grossesse dans une intimité sereine et vécue dans le désir réciproque.

Le même auteur souligne l'importance, pour chaque couple, de respecter sa propre façon de vivre le temps d'attente, soit elle plus empruntée sur un désir sexuel réciproque soit sur une tendresse et une affectuosité. L'amour se manifeste en beaucoup de manière et il est sage de respecter l'unicité de chacun.

3.6. Quand la sexualité s'adapte à la grossesse

Le but de ce travail est d'illustrer comment les outils du Sexocorporel peuvent être mis au service de la sexualité pendant la grossesse. Ce chapitre montre quelles sont les ressources qui peuvent déjà être acquises dans le couple. Le Sexocorporel construit les nouvelles compétences à partir de ces ressources et de la réalité de la personne, afin que le couple puisse vivre une bonne entente relationnelle et sexuelle.

3.6.1. La forme de la sexualité

En général, l'activité sexuelle préférée pendant la grossesse, voit une diminution significative du coït au profit des câlins, des tendresses, des rapports oraux et de la masturbation (qui augment du 37,6% chez l'homme); ceci est particulièrement vrai pour le troisième trimestre (Cappato, Pasini, Pellegrini & Tommaselli, 1996). Selon l'étude de Charbonnier (1979), le 59% des couples remplace les relations sexuelles complètes avec des caresses sexuelles qui sont, le plus souvent, réciproques (38,5%); dans le 14,5% sont données unilatéralement par la femme et dans le 6% elles sont données unilatéralement par l'homme. Dans l'article de Loffredi (2009), les activités sexuelles substitutives (en particulier la masturbation réciproque) sont décrites comme très fréquentes, soit le 45%. Dans le deux tiers des cas, ces activités sont désirées et bien acceptées par le couple, alors que, dans un tiers, elles sont unilatérales en faveur de l'homme. Ce dernier donné confirmerait une diminution de la libido de la femme pendant la grossesse.

Les résultats de l'étude de Ciolli, Orsini, Russo & Russo (1996) montrent qu'un tiers des couples adopte une nouvelle position, deux tiers pratiquent des câlins sexuels substitutifs et plus d'un tiers des hommes augmentent sa pratique masturbatoire. Dans le livre de Walther (2008), on trouve des données à propos des pratiques sexuelles pendant la grossesse chez les femmes: le 20% d'entre elles disent de pratiquer la sodomie, 75% la fellation et 67% le cunnilingus; de plus, le 49% pratique la masturbation et le 25% utilise les sex-toys.

Selon Scarselli & Pampaloni (2006), la découverte de nouvelles formes d'intimité érotique est presque nécessaire étant donné qu'il y a aussi des cas où le coït est déconseillé, voir interdit pour des raisons

médicales. En effet, pour une bonne reprise de la sexualité après l'accouchement, il faudrait toujours laisser de la place aux manifestations intimes pendant la grossesse. Cela permettrait de maintenir un bon niveau de communication corporelle dans le couple. Les mêmes auteurs parlent de "réinventer" la sexualité pendant la période de l'attente et, à ce sujet, ajoutent que les seules précautions dans les nouvelles découvertes sont à l'adresse de l'homme: il doit être sensible par rapport aux fluctuations de la libido chez sa compagne. L'activité sexuelle devient ainsi un moyen de plus pour se prendre soin l'un de l'autre.

Ces constatations montrent que la sexualité pendant la grossesse ne doit pas être mise à côté, ni elle doit suivre des comportements sexuels standard. Au contraire, il s'agit d'une période dans laquelle expérimenter des nouvelles activités érotiques qui peuvent même améliorer la vie sexuelle du couple après la grossesse. En effet, ne pas concentrer sa propre activité intime sur le seul coït peut faire découvrir des parties du corps, des types de contact et des sensations nouvelles et très agréables: il peut être le début d'une nouvelle sexualité épanouissante.

Malgré ces bénéfices de la sexualité, l'étude de Cappato, Pasini, Pellegrini & Tommaselli (1996) montre que le 50% des femmes arrête l'activité sexuelle au 8^{ème}-9^{ème} mois.

3.6.2. Les positions

Dans l'étude de Charbonnier (1979), le 30,8% des couples adopte une position sexuelle nouvelle ou inhabituelle pendant la grossesse. Selon la littérature, la variation des positions est favorable à une bonne sexualité, mais il faut considérer deux facteurs: le ventre qui grandit et le gonflement des seins (qui en augmente la sensibilité et peut provoquer de la douleur). À partir de ces facteurs, on peut deviner que la position du missionnaire (c'est-à-dire, l'homme sur la femme) est déconseillée; tandis que la position de l'amazone (c'est-à-dire, la femme sur l'homme) est recommandée, car laisse le ventre libre. Par contre, selon Moretti & Monti (2003), cette position est la plus déconseillée car la pénétration pourrait être trop profonde. La position à cuiller (c'est-à-dire, la position latérale où les partenaires sont couchés sur le côté) voit l'unanimité: plusieurs auteurs (parmi lesquels Moretti & Monti, 2003; Scarselli & Pampaloni, 1996) sont d'accord sur son confort. En effet, elle permet le maximum de relaxation chez les deux partenaires et évite les pressions sur l'abdomen de la femme (ce qui résulte plus pratique même au niveau mécanique). La position de l'équipe aussi peut être pratiquée: la femme est couchée ventre en l'air et l'homme se met perpendiculairement à elle en glissant son bassin sous la femme.

Une autre position qui est souvent utilisée pendant la grossesse voit la femme aux genoux, ce qui ne donne pas le poids au ventre ou au dos.

Le changement des positions sexuelles peut jouer un rôle négatif chez les couples habitués à une sexualité mécanique.

3.7. Situations où il faut éviter les rapports sexuels

L'article de Moretti & Monti (2003) souligne que les études actuellement disponibles indiquent clairement que l'activité sexuelle pendant la grossesse peut être considérée sûre, au moins de problématiques ponctuelles. Une grossesse sûre signifie un bas risque d'avortement ainsi qu'un bas risque d'accouchement prématuré. À partir de ces présupposés de santé, les femmes et les hommes doivent moduler leur vie sexuelle pendant la grossesse en se basant sur leurs désirs et sur leurs besoins. Selon Scarselli & Pampaloni (2006), les vraies contre-indications à la sexualité pendant la grossesse concernent toutes les situations qui impliquent un diagnostic clinique: dans ces cas-là, le médecin devrait indiquer le comportement sexuel adéquat.

3.7.1. Situations de risque

Scarselli & Pampaloni (2006) ont écrit une liste des situations dans lesquelles les médecins conseillent la diminution ou la suspension des rapports sexuels, c'est-à-dire quand il y a:

- des petites pertes de sang, surtout au début de la grossesse
- un cas de placenta praevia
- un risque d'avortement ou un risque d'accouchement prématuré
- une hypercontractilité utérine
- une dilatation prématurée du col de l'utérus
- une histoire d'avortement spontané
- une perte du liquide amniotique, voir une rupture prématurée des membranes (du sac amniotique)
- une infection en cours
- plusieurs fœtus

Enfin, un cas particulier de contre-indication aux rapports sexuels est la forte conviction de la femme que le sexe ait des conséquences négatives. L'anxiété qui en découle peut accentuer le risque d'une hypercontractilité utérine. Le corps médical peut rassurer sur l'absence de risques, mais après il doit respecter le choix individuel.

Dans les cas où la période de risque est limitée, le médecin doit encourager la reprise des rapports sexuels dès que le danger est terminé.

3.7.2. À éviter

Dans toutes les grossesses, il y a deux comportements sexuels qu'il faut éviter:

- dans le cunnilingus, l'homme ne doit absolument pas souffler dans le vagin, car ceci pourrait causer une embolie avec des conséquences potentiellement létales pour la femme et pour le fœtus
- il ne faut jamais avoir des relations sexuelles pas protégées avec un partenaire dont on ne connaît pas l'histoire sexuelle: si on contracte une infection, elle peut être facilement transmise au fœtus.

3.8. Les conseils sexologiques aux femmes enceintes

Pour terminer ce chapitre dédié à la sexualité et à la grossesse, on illustre les conseils sexologiques reportés dans l'article de Scarselli & Pampaloni (2006). Ces recommandations adressées aux femmes enceintes sont un résumé des considérations qu'on vient de faire:

- se reposer et prendre soin de son propre corps: rester désirables et attrayantes
- maintenir une position équilibrée entre le rôle de future maman et celui de partenaire sexuelle
- dédier du temps aux préliminaires et à la connaissance des changements de son propre corps et de ses exigences sexuelles
- donner plus d'espace à la communication du couple et décider ensemble comment vivre la sexualité pendant la grossesse
- parler ouvertement de la sexualité pendant la grossesse avec le corps médical et avec le partenaire

La deuxième partie de ce travail, dédiée au Sexocorporel, s'ouvre et se développe en s'appuyant sur ces conseils.

4. Grossesse: comment s'y préparer au niveau personnel avec le Sexocorporel

*S'il y a un espoir pour l'avenir érotique (...)
cet espoir repose en partie sur
l'harmonie que la femme saura établir à l'intérieur d'elle-même (...)
s'il y a espoir pour l'amour,
c'est dans votre ventre qu'il repose."
Jean Yves Desjardins (1980, couverture)*

Au début de ce travail, on a anticipé le rôle du Sexocorporel dans l'amélioration de la vie sexuelle mais également dans l'amélioration de la vie quotidienne. Dans la thérapie sexocorporelle, se cache la thérapie de la personne dans sa totalité et pas seulement dans sa sexualité. Se préparer à la grossesse signifie, entre autre, se préparer à devenir parents. Ceci est plus facile si l'individu est en harmonie avec soi-même et s'il a une bonne connaissance de soi. Le travail sur soi devient donc une prévention des difficultés personnelles, relationnelles et sexuelles qui peuvent apparaître ou s'accroître pendant la grossesse. La richesse de cette approche, à ce niveau, se trouve en particulier dans la composante personnelle du modèle de santé sexuelle. Dans ce chapitre, on va illustrer certaines des diverses dimensions de cette composante, sans oublier qu'elles sont toujours en interaction.

Ils existent d'autres dimensions, mais nous nous penchons seulement sur les plus pertinentes dans une approche sexocorporelle de la grossesse.

4.1. Le sentiment d'appartenance à son sexe biologique

Le sentiment d'appartenance à son sexe biologique est la perception qu'ont les hommes et les femmes respectivement de leur masculinité et de leur féminité. Cette perception influence le vécu de toute la sexualité. Le sentiment d'appartenance à son sexe biologique est caractérisé par deux dimensions: les archétypes sexuels et les stéréotypes sexuels.

4.1.1. Les archétypes sexuels

Les archétypes sexuels sont innés et morphologiquement congruents; ils indiquent une complémentarité érotique qui induit les hommes et les femmes à avoir des rapports sexuels, ce qui garantit la survécu de l'espèce. Les archétypes sexuels sont à la base du désir sexuel coïtal. Chez l'homme, l'archétype sexuel se traduit par une intrusivité sexuelle et une érotisation phallique. Cette

érotisation permet à l'homme, en partant de son érection, de se percevoir puissant dans sa sexualité. Il se voit et il se pose dans le désir de pénétrer. Chez la femme, l'archétype sexuel se traduit par une réceptivité sexuelle et par une érotisation des creux. Cette érotisation permet à la femme de percevoir sa cavité vaginale et de se voir et de se poser dans le désir d'être remplie par la pénétration. La maternité est l'autre archétype sexuel de la femme.

4.1.2. Les stéréotypes sexuels

Les stéréotypes sexuels font référence aux caractéristiques feminoïdes et masculinoïdes, et ils renvoient à la morphologie, à l'attitude, aux champs d'intérêts et au comportement qu'on associe à l'homme ou à la femme selon la culture d'appartenance. Il s'agit donc de la manière avec laquelle le sentiment d'appartenance à son sexe biologique s'exprime et cela dans un contexte culturel donné.

4.1.3. Grossesse et sentiment d'appartenance à son sexe biologique

Ce travail porte principalement sur le désir sexuel féminin pendant la grossesse, et le Sexocorporel individu, dans le développement du sentiment d'appartenance à son sexe biologique, la base du désir sexuel coïtal. Un des outils sexothérapeutique principaux par rapport à cette thématique, c'est donc le travail sur l'érotisation des creux chez la femme: travailler avec elle sur ses archétypes sexuels revient à travailler sur son désir sexuel coïtal.

Se préparer à devenir mère présuppose une appropriation de son propre archétype sexuel de maternité et de réceptivité sexuelle. Il signifie également reconnaître l'archétype sexuel de l'homme et reconnaître donc les différences de genre afin de mieux s'entendre dans le couple et d'éprouver le désir sexuel coïtal. Une femme qui érotise ses propres creux, en particulier la cavité vaginale est plus prête à recevoir un enfant dans son ventre, de l'aimer et de le protéger. Accepter et s'approprier de ses deux archétypes sexuels (être remplie et devenir mère) permet une harmonisation entre sexualité et maternité qui, comme on l'a vu dans le troisième chapitre, est souvent un problème majeur dans la sexualité pendant la grossesse. Pendant la grossesse, demeurer amante et aimer l'être, c'est la prévention la plus efficace de l'entente du couple.

4.2. L'assertivité sexuelle

L'assertivité sexuelle intensifie le sentiment d'appartenance à son sexe biologique, car il s'agit de la capacité de se poser dans sa féminité (voir masculinité chez l'homme). Cette capacité peut être apprise et renforcée au cours du développement sexuel ou lors d'une sexothérapie. L'assertivité sexuelle est caractérisée par deux dimensions: le narcissisme et l'exhibitionnisme.

4.2.1. *Le narcissisme*

Le narcissisme est la capacité de tenir compte de ses propres lignes de force: "*quand je me compare, je me console*" (Desjardins, 2006). Il est propre des femmes fières de leur féminité, qui s'aiment et qui ont une bonne estime de soi.

4.2.2. *L'exhibitionnisme*

L'exhibitionnisme est la capacité et le plaisir de se montrer en tant que femme avec fierté et assurance. Il est propre des personnes capables de se montrer désirables et rêvables amoureusement et sexuellement. Le plaisir d'être regardé dans sa jouissance sexuelle en fait partie et devient une source d'excitation.

4.2.3. *Grossesse et assertivité sexuelle*

Travailler avec une femme sur son assertivité sexuelle revient à travailler sur sa capacité de s'aimer et de séduire, ce qui conduit à se faire aimer par son compagnon aussi. Une femme qui vit les changements physiques, hormonaux et psychologiques de la grossesse, en s'appuyant sur un bon narcissisme et sur un bon exhibitionnisme, vit cette période avec plus de sérénité. Elle arrive à s'aimer dans son corps de future mère et n'arrête pas de prendre soin de sa féminité. La séduction est donc toujours là et, avec elle, la complicité du couple dans l'intimité, voir dans l'exploration des nouveautés sexuelles apporté par la grossesse. La séduction et la capacité de se rendre désirables sont la nourriture de la vie de couple de ces femmes. En effet, grâce à cette attitude, l'homme ne risque pas d'être exclus pendant la grossesse, bien au contraire! L'espace du couple est sauf et avec lui la communication et la compréhension réciproque.

4.3. L'imaginaire érotique

L'imaginaire érotique représente ce qu'une personne est capable de rêver ou de scénariser et il est une source d'excitation sexuelle. À ce niveau, la santé sexuelle est définie en fonction de la richesse des scénarios élaborés, de la relation de l'imaginaire avec sa féminité (ou avec sa masculinité) et de la relation de l'imaginaire avec son vécu corporel explicite. L'évaluation sexologique des contenus de l'imaginaire érotique nous renseigne sur les besoins, les désirs, les préférences, les goûts et les perversions secrètes des personnes. L'imaginaire sexuel se caractérise par deux dimensions: la polarisation et le rôle.

4.3.1. La polarisation

L'imaginaire sexuel peut être à prédominance émotionnelle ou génitale. Dans le premier cas, le contenu des scénarios fait appel à une intimité amoureuse et érotique, tendre et romantique. Dans le deuxième cas, le contenu des scénarios fait appel à des représentations explicites, génitales et avec peu d'échanges affectifs.

4.3.2. Le rôle

Dans l'imaginaire sexuel, la personne peut se voir dans un rôle d'actrice ou de témoin; elle peut être génitalement stimulée ou pas; elle peut avoir un rôle passif ou actif. Parmi les informations qui nous sont données par le rôle joué, on peut comprendre si l'archétype sexuel est bien investi ou pas.

4.3.3. Grossesse et imaginaire sexuel

La dimension psychologique liée à la peur de faire mal au fœtus et à la difficulté de concilier maternité et sexualité peut amener à changer l'activité sexuelle. En effet, comme on l'a vu, la grossesse conduit à des changements dans la forme de la sexualité: le coït diminue au profit des câlins, des tendresses, des rapports oraux et de la masturbation. Pour une santé sexuelle, ces changements doivent être la cause ou la conséquence d'un nouvel imaginaire sexuel (voir unicité corps/cerveau-cerveau/corps: ce qui fait le corps est toujours en lien avec ce qui pense le cerveau et viceversa). En ce qui concerne la polarisation de l'imaginaire sexuel, on peut donc supposer qu'elle s'affaiblisse sur le pôle génital pour s'accroître sur le pôle émotionnel. Le problème se pose quand le bagage des scénarios érotiques est limité et statique. Les personnes avec un registre pauvre se retrouvent sans un imaginaire érotique sous-jacent à l'activité sexuelle. Par exemple, le rapport sexuel devient tendre et fluide et l'imaginaire érotique reste sur des scénarios violents et hypertoniques. Dans ce cas, les partenaires ont plus de difficulté à

s'adapter aux changements de la sexualité, car n'ont pas accès à une source d'excitation sexuelle. Ce phénomène peut se présenter dans le cas des changements sexuels liés à la grossesse. Le Sexocorporel vise à un élargissement de l'imaginaire sexuel et à la congruence entre dimension psychologique, imaginaire sexuel et stimulation corporelle. Plus le registre des scénarios sexuels est ample chez les deux partenaires, plus il y a de possibilité de trouver une chorégraphie commune qui conduit au désir sexuel et au plaisir sexuel. Si on n'arrive pas à adapter l'imaginaire sexuel à une nouvelle exigence corporelle (exigence présente dans la grossesse), le désir sexuel disparaît.

4.4. Les codes d'attraction sexuelle

Les codes d'attraction sexuelle sont une source d'excitation sexuelle. Ils peuvent être à prédominance amoureuse ou génitale et avec un registre varié, limité ou même exclusif. On parle de santé au niveau des codes d'attraction sexuelle, quand ils sont caractérisés par un registre suffisamment varié et qui permet l'érotisation de l'intimité affective et de l'intimité génitale.

4.4.1. Grossesse et codes d'attraction sexuelle

En ce qui concerne les codes d'attraction sexuelle, on peut faire le même raisonnement qu'on a fait pour l'imaginaire sexuel. Le Sexocorporel vise à élargir ce registre, afin que la personne puisse s'adapter aux changements qui se passent dans la réalité. Dans ce cas, les changements ne concernent pas directement son propre corps, mais le corps du partenaire, à l'occurrence, le corps de la femme. Heureusement, les codes d'attraction sexuelle ne sont pas immuables et ils évoluent avec les années; ils peuvent même se modifier à la suite de certaines conditions particulières. La grossesse, évidemment, confronte les partenaires, en particulier l'homme, aux changements physiques de l'autre. La prévention qui peut être faite par le Sexocorporel prévoit l'apprentissage de la capacité de voir l'autre dans sa globalité et également dans ses détails (ce qu'on appelle "*objectivation*"). À partir de cette observation plus minutieuse, le registre des codes d'attractions s'élargit et la source d'excitation sexuelle ne disparaît pas. Le résultat est la conservation du désir sexuel.

5. Grossesse: comment maintenir une santé relationnelle du couple selon le Sexocorporel

Ne jamais rompre le lien est le sage conseil à broder au fond de son cœur.

Hélène Walther (2008, p. 156)

Ce travail veut investiguer le désir sexuel féminin pendant la grossesse et illustrer les outils offerts par le Sexocorporel, afin que le couple puisse vivre cette période avec sérénité. Jusqu'ici on a décrit la sexualité et l'évolution de ses paramètres pendant la grossesse ainsi que la dimension personnelle féminine dans la préparation à la gestation. Maintenant, on s'occupe de la dimension relationnelle, car elle influence la sexualité du couple tout au long de la grossesse. Un bon climat relationnel favorise l'envie de se rapprocher l'un de l'autre, de partager les pensées, les émotions et le corps. Sans cette envie, le désir sexuel féminin est à risque. Cette thématique n'est pas spécifiquement pertinente à la grossesse, mais pendant cette période les difficultés peuvent s'accroître. Les apprentissages offerts par le Sexocorporel sont des bagages importants même pour la suite de la vie du couple.

On parle donc de santé relationnelle, soit la capacité de mettre en place les habiletés qui permettent, d'une part, une meilleure harmonie dans le couple et, de l'autre, un équilibre entre le mouvement de fusion et d'individuation. Elle comprend toutes les formes de communication susceptibles d'influencer le climat relationnel, et donc sexuel. Pendant la grossesse, la dimension relationnelle recherche un nouvel équilibre et il est parfois utile de se souvenir ce que signifie être amoureux. Le Sexocorporel nous aide à mettre des mots et des images concrètes sur ce qui est le concept abstrait qu'on appelle "*amour*". Concrétiser une notion permet de la ramener à la réalité et ceci nous donne le pouvoir de changer ce qui nous ne satisfait pas.

5.1. La relation amoureuse

5.1.1. Le sentiment amoureux

Le sentiment amoureux est la capacité d'aimer, de rêver et d'admirer l'autre; ceci malgré la connaissance de sa réalité dans la vie quotidienne: on est conscient de ses ressources et de ses limites (Desjardins, 2008). Cette connaissance de l'autre, de la relation et de soi-même dans la relation permet d'être plus préparé aux changements de comportement pendant la grossesse et d'être mieux équipé pour les changements des rôles qui sont la conséquence naturelle de la naissance d'un enfant.

5.1.2. Le désamour

La grossesse est source de tellement de changements dans la vie individuelle des partenaires, dans la vie du couple et dans la vie quotidienne, que l'équilibre entre réalité et rêve doit être forcément réajusté. Parfois, l'attente d'un enfant conduit le couple à se focaliser sur la réalité du futur bébé en étouffant le rêve de l'autre et même le rêve de la grossesse. De plus, chaque partenaire a des attentes par rapport au nouvel équilibre et aux rôles parentales, voir par rapport aux devoirs de chacun. Toutes ces nouvelles variables risquent de faire disparaître le sentiment amoureux et de conduire à une crise de couple, car les déceptions et l'insatisfaction peuvent s'installer avec, comme résultat, une hostilité permanente.

5.1.3. Les stratégies contre le désamour

La première étape à faire est d'admettre le non-amour et la présence des problèmes, afin d'avoir la possibilité de retomber amoureux, donc de retourner à rêver et à admirer l'autre. La reconnaissance des problèmes relationnels peut être plus difficile pendant la grossesse, car le rêve, l'idéal, veut un couple heureux et très amoureux. De plus, on est entrain de se lier pour la vie. Voir et reconnaître les limites de l'autre et du couple devient plus pénible. Walther (2008, p. 157) reporte le témoignage d'une femme juste après l'accouchement "*Peut-on aimer une femme qui refuse toute forme de relations intimes? (...) Notre enfant était désiré, notre couple était fort et soudé, pourtant la magie a opéré à l'inverse du bonheur et de la sérénité. Un sentiment d'échec m'emprisonne. J'ai peur que notre couple ne s'en remette pas. Dois-je laisser faire le temps? Comment renaître et reconstruire? Comment aimer de nouveau?*".

Après cette première étape, il faut trouver des stratégies séductrices pour prendre et érotiser les distances, ce qui permet de se donner le temps de rêver, objectiver et désirer l'autre. Entre-temps, il faut s'accorder le droit de se promener dans les souvenirs, afin de se remettre en contact avec les moments initiaux et heureux vécu par le couple. Le but est de se souvenir des besoins qui étaient satisfaits par l'autre et de le voir avec des yeux amoureux. Se promener dans le passé de son propre couple signifie penser et préserver l'espace du couple, ce qui peut être difficile pendant la grossesse, car il s'agit de la période dans laquelle on risque de se focaliser sur le rôle parental. À ce propos, le témoignage d'une femme montre la puissance du regard que son homme pose sur elle, jusqu'à la conduire aux sensations vécues au début de leur relation "*Mon mari me regarde avec tant de respect et d'envie que je me sens de nouveau aimée et désirable, comme au premier jour (...) Je suis de nouveau*

habitée par le spectre de l'amour, du désir et de la séduction (...) J'ai parfois le sentiment d'avoir à nouveau 18 ans" (Walther, 2008, p. 79).

Une fois retrouvée l'admiration et la fascination pour l'autre, on peut ré-inventer le couple et se projeter dans un renouvellement de la vie familiale. Dans ces étapes est fondamental comprendre et tenir à l'esprit que l'amour n'est qu'un concept et que, pour le gérer, il faut le traduire en réalité. Il s'agit donc, encore une fois, de ne pas perdre le contact entre le rêve et la réalité.

5.1.4. Le maintien du sentiment amoureux

Selon Desjardins (2008), le maintien du sentiment amoureux se fait grâce à plusieurs capacités individuelles. Il faut être capable de se montrer rêvable, c'est-à-dire, de se montrer à l'autre à partir de ses propres ressources, ce qui est une responsabilité personnelle. Il faut savoir jouer avec les distances, ce qui permet de créer un espace suffisant à l'objectivation et à la possibilité de désirer l'autre. Il faut savoir travailler quotidiennement sur les souvenirs, afin de garder un regard amoureux et admiratif. Il faut être capable aussi, de lier le rêve et la réalité, afin de réussir à traduire le mot "amour" en attitude et en action concrète. Enfin, il faut continuer à jouer avec la séduction.

Toutes ces capacités peuvent être apprises par les couples qui se trouvent en difficulté pendant la grossesse. La première contribution du Sexocorporel est de restituer aux partenaires l'espace mental, et ensuite réel, des amants. La sexualité et l'amour doivent être, avant tout, pensés.

5.2. La communication

Quand on parle de communication, il faut se souvenir qu'elle opère selon différents canaux: les mots, les regards, les symboles, les gestes, etc. Tous les messages qui utilisent ces canaux viennent captés par l'interlocuteur (de manière consciente ou inconsciente) qui y réagit de conséquence (Desjardins, 2007).

Outre à être une composante importante de la santé relationnelle en général, la communication est centrale dans le bon développement de la grossesse; comme on l'a vu, selon Panzeri, Donà & Cusinato (2006), la période de la grossesse est plus facile si les partenaires sont ouvertes à la communication et au partage, avec un désir réciproque de trouver un compromis. Selon Scarselli & Pampaloni (2006), la difficulté à communiquer au niveau érotique engendre facilement un blocage de la communication. Cela implique moins d'écoute, voir moins de compréhension réciproque. C'est bien pour son rôle central dans le vécu relationnel de la grossesse, que dans l'article de Scarselli & Pampaloni (2006) un des conseils sexologiques adressés aux femmes enceintes, comme on l'a vu, est de *"donner plus d'espace à la communication du couple et décider ensemble comment vivre la sexualité pendant la*

grossesse". Le Sexocorporel illustre la meilleure manière de communiquer, c'est-à-dire, la manière qui nous permet de ne pas être seulement entendu, mais surtout, écouté.

5.2.1. L'utilisation du "je"

Selon Desjardins (2007), le "je" responsabilise et séduit: la personne exprime son besoin et son désir en termes positifs. En d'autres mots, on se responsabilise face à une situation qui nous gêne et on exprime un besoin à nous de manière positive (par exemple: *"je m'ennuie quand je suis seule à la maison avec mon gros ventre. J'aimerais être avec toi"*). Ce travail a montré que la grossesse est souvent accompagnée par des peurs. Il est donc particulièrement important de ne pas tomber dans l'anxiété et dans la projection: il faut s'exprimer à partir de soi, du "je".

5.2.2. L'utilisation du "tu"

Le "tu" tue le rapprochement: on accuse l'autre, on le critique, on lui reproche d'agir dans une façon inadéquate. On recherche un coupable afin de nous déresponsabiliser face au problème, donc on exprime notre frustration et pas notre besoin (par exemple: *"tu ne veux pas passer du temps avec moi et tu me laisse toujours seule à la maison avec mon gros ventre"*). Les frustrations apparaissent souvent quand la réalité d'une personne ne correspond pas à ses besoins et à ses attentes. Les changements dus à la grossesse rendent la communication encore plus délicate.

5.2.3. Les fonctions de la communication

La communication permet l'échange des idées et l'expression de soi (besoins, désirs, émotions, etc); en particulier, elle est un moyen pour confier ses propres besoins à l'autre.

Elle est également fondamentale dans la séduction car elle permet d'identifier le besoin qu'on cherche de combler.

"La communication, l'écoute et la tendresse sont les meilleurs garants d'une bonne relation de couple. Communiquer autour de ses désirs, de ses fantasmes, de ses angoisses sexuelles sans redouter le jugement de l'autre est le meilleur conseil que je peux transmettre" (Walther, 2008, p. 110).

5.3 La séduction

5.3.1. La séduction

Dans l'article de Scarselli & Pampaloni (2006) parmi les conseils sexologiques adressés aux femmes enceintes, on retrouve, bien sûr, celui dédié à la séduction: "*se reposer et prendre soin de son propre corps: rester désirables et attrayantes*".

Desjardins (2009) explique que la séduction est un apprentissage et donc une habileté qui, entre autre, est influencée par la culture. Le but de la séduction est de susciter l'intérêt de l'autre, se faire aimer par lui et l'amener à soi, afin qu'il puisse répondre à notre besoin. Un rôle fondamental est joué par la communication verbale et par le langage du corps. Dans ce dernier cas en particulier, la réaction de l'autre peut être *transparente* (est possible entendre ce qu'il dit sans qu'il prononce un mot) ou *opaque* (il cache ses sentiments et ses émotions au point qu'il est impossible de décoder ce qu'il vit, pense ou ressent). Voilà un témoignage d'une femme enceinte, récolté par Walther (2008, p. 67 et 68) "*mon mari m'avait donné rendez-vous dans un restaurant, un petit dîner en amoureux au coucher du soleil (...) j'ai décidé (...) de laisser la "femme" reprendre les commandes. J'ai mis ma petite robe en mousseline qui dessinait parfaitement mon corps et mettait consciencieusement en valeur mes nouveaux attraits (...) j'ai décidé de ne pas porter de dessous ou plutôt d'oublier cette jolie culotte (...) lorsque je lui ai chuchoté à l'oreille, entre le plat e le dessert, que je n'avais pas de culotte, j'ai cru qu'il allait défaillir. Tout bouillonnant mais après avoir retrouvé ses esprits, il m'a embrassé langoureusement*". Dans ce cas, la femme a respecté tous les critères de la séduction, et l'homme a bien eu une réaction transparente.

Desjardins (2009) souligne un pré-requis fondamental de la séduction: pour amener l'autre à soi il faut connaître ses propres besoins (pour que l'autre puisse répondre aux besoins, il faut que le "séducteur" sache ce qu'il veut). Les besoins peuvent être affectifs, c'est-à-dire des rencontres amoureuses, des échanges romantiques et de tendresse, d'écoute, etc.; ou bien ils peuvent être génitales, c'est-à-dire une rencontre sexuelle, des échanges à connotation génitale, des contacts sexuels avec l'autre, etc. Pendant la grossesse, il faut prêter une attention particulière aux besoins qu'on exprime et qui sont exprimés par l'autre. En effet, comme on l'a vu, il y a un moment où, chez beaucoup de personne, les besoins génitaux sont remplacés par des besoins plutôt affectifs.

Un autre pré-requis pour amener l'autre à soi, c'est d'apprendre les habiletés relationnelles. Ces dernières consistent dans la capacité de mettre l'autre à l'aise, de communiquer, de s'intéresser à lui et à ses besoins. Walther (2008, p. 109) nous le rappelle très bien à propos de la période de la grossesse "*On*

nous interroge avec beaucoup de sollicitude sur notre état, mais on pense rarement à le leur demander à eux aussi". Pour pouvoir développer une stratégie de séduction, il faut d'abord observer et connaître l'autre, pour ensuite se montrer charmant, sensible et intelligent. En outre, lorsque la fatigue est présente chez l'un des deux partenaires, la séduction doit se faire plus persuasive et le succès n'est pas garanti; il faut savoir accepter l'échec.

Pour augmenter les chances d'une séduction réussie, il faut observer l'autre afin d'identifier une stratégie de rapprochement. Chaque stratégie fait appel à la capacité de se montrer désirables (capables de répondre aux besoins affectifs et aux besoins génitaux), à la capacité de jouer avec le corps (regards, expression du visage, sourires, posture, mouvements) et à la capacité de jouer avec les distances (juste se voir, se voir dans la globalité, pouvoir toucher l'autre en ne le voyant que partiellement ou être très près de la personne et voir juste son visage). La façon de regarder l'autre peut permettre d'avoir des sensations et des désirs intenses, surtout si on le regard en découpant et en admirant chaque partie de son corps (objectivation). L'objectivation peut être un outil très intéressant, en particulier, pour les hommes qui ont de la difficulté à accepter les changements physiques de la femme.

Walther (2008, p. 74) nous donne un autre exemple de séduction pendant la grossesse: "*coiffée, maquillée et satisfaite du résultat. Le soir, j'avais préparé un petit repas, mis une jolie robe avec un décolleté. Lorsque mon compagnon est rentré, j'ai lu le désir dans son regard (...) Pour la première fois depuis que je suis enceinte, j'ai agi pour mon couple, et non pour mon bébé*".

5.3.2. L'anti-séduction

Toujours selon Desjardins (2007), l'anti-séduction est l'expression paradoxale du besoin à combler: on exprime à l'autre sa propre frustration sous forme de critiques verbales et de gestes anti-érotiques; cette attitude conduit à une chute de la "rêvabilité" d'un homme ou d'une femme. Tomber dans l'anti-séduction, malheureusement, n'est pas tellement difficile. Dans le répertoire de l'anti-séduction, on trouve: les reproches, le "*TU n'as pas fait*", le double lien, l'absence de communication entre silence et opacité (pas voir, pas écouter, pas s'exprimer), l'éloignement, l'exiger et les grosses décharges émotionnelles (par exemple la colère et le pleure, surtout si avec la tristesse on veut induire un sentiment de culpabilité dans l'autre). L'anti-séduction est donc la meilleure stratégie pour éviter que l'autre répond à nos besoins et pour s'assurer une amplification de la déluision, de la colère et de l'hostilité. Walther (2008, p. 60) nous expose un témoignage masculin du vécu de l'anti-séduction pendant la grossesse "*pour ma femme, je ne suis jamais assez tendre, jamais assez sensuel, trop rapide, trop ceci et jamais assez cela (...) je suis prisonnier*".

Évidemment, l'anti-sédution a ses conséquences dans la relation de couple: la tension peut augmenter jusqu'à arriver à un point limite et s'il y aura une dynamique de rapprochement, elle pourrait être basée seulement sur les représailles ou sur la tentative d'échapper au sentiment de culpabilité.

Le sentiment amoureux est en danger et la séparation peut devenir une réalité.

Encore une fois, le Sexocorporel est une approche complète qui donne les moyens pour identifier et pour faire face aux dynamiques dysfonctionnelles du couple qui risquent d'apparaître ou de s'accroître pendant la grossesse.

5.3.3. Passer de l'anti-sédution à la séduction

Le premier conseil est d'abandonner l'utilisation du "tu" au profit de l'utilisation du "je", ce qui permet de prendre conscience de ses propres frustrations et de se responsabiliser face à ces dernières.

La première étape consiste donc dans une identification de la situation, de son propre besoin à combler et dans la nomination de sa propre frustration (pour soi et pour l'autre aussi).

La deuxième étape consiste dans la re-centration à travers la respiration et la relaxation de la tension (le Sexocorporel enseigne les mouvements corporels appropriés qui partent de la centration et arrivent à la double bascule avec le lâcher prise). Ceci permet de créer l'espace nécessaire à la gestion de la charge émotionnelle.

La troisième étape voit une élaboration de la stratégie de séduction: aller dans le sens de son propre besoin à combler en utilisant des stratégies de séduction positives et invitantes.

L'art de la séduction comprend, par exemple, le modeling, la démarche et la capacité de se rendre aimable et désirables (Desjardins, 2009).

6. Grossesse: comment maintenir vivant le désir sexuel dans le couple selon le Sexocorporel

"On ne fait pas l'amour qu'avec une seule partie du corps.

On fait l'amour de la tête aux pieds.

À nous, donc, d'ajouter quelques fantaisies."

Hélène Walther (2008, p. 96)

6.1. S'approprier et développer les quatre composantes du désir sexuel

Selon le Sexocorporel existent quatre composantes du désir sexuel: l'érotisation de la distance physique et psychologique, l'érotisation de son propre archétype sexuel et de la différence entre les genres, l'attraction sexuelle et l'identification des points de repère corporels liés à sa propre excitation sexuelle (Chatton, Desjardins, Desjardins & Tremblay, 2005).

Ce travail a montré que le désir sexuel féminin pendant la grossesse est influencé par beaucoup de facteurs (biologiques, physiques, psychologiques, relationnels, sociales). Si un couple présente une souffrance liée à la perte du désir sexuel et décide de consulter, il faut investiguer les différents facteurs. Si le problème se situe au niveau psychologique, corporel et relationnel, le Sexocorporel peut commencer à travailler sur les quatre composantes qu'on vient d'exposer; le but est la conquête d'un bien-être sexuel (individuel et relationnel) maintenu même après la grossesse.

6.1.1. L'érotisation de la distance

Si on érotise la distance physique et psychologique, signifie qu'on est capable de rêver le contact avec l'autre; cela implique la nécessité d'avoir une distance minimale permettant l'anticipation de la situation. Le Sexocorporel situe la personne sur un continuum qui va du besoin de fusion (pas de distance entre les partenaires) au besoin d'individuation (grande distance entre les partenaires) et cherche de l'aider à trouver un équilibre entre ces deux extrémités. La bonne distance consent également d'objectiver l'autre, ainsi qu'il puisse devenir un être rêvé, désiré et vu dans toute sa totalité (on ne peut pas rêver de quelqu'un qui est toujours là). Par exemple, l'absence d'une personne permet de *"se laisser aller à des rêveries ou des pensées érotiques concernant son retour"* (Chatton, Desjardins, Desjardins & Tremblay, 2005, p. 13). Voilà un témoignage d'une femme enceinte, récolté par Walther (2008, p. 98 et 99): *"Le mois dernier, j'ai rêvé que mon mari caressait de sa langue mon clitoris. Dans le rêve, j'étais assise dans un large fauteuil, rempli de coussins (...). Ces images m'ont habitée toute la journée."*

Impossible de m'en détacher, elles m'envahissaient (...) J'aurais aimé faire l'amour à cet instant précis. (...) Le soir même, j'ai tenté de recréer l'ambiance de mon rêve (...) Imaginez l'état dans lequel j'étais lorsque mon mari est rentré. Cela faisait une journée entière que je tentais de canaliser ma libido prête à implorer. J'étais inondée de plaisir. Lorsqu'il a ouvert la porte d'entrée, je l'attendais en nuisette, assise dans le fauteuil de notre salon, exactement comme dans mon songe. J'avais pris soin de laisser brûler quelques bougies. J'étais toute tremblante, ne sachant comment il allait réagir. Stupéfait de me voir ainsi, il m'a regardé, étonné et hagard. Plus il s'approchait, plus j'entrouvrais mes jambes (...) la scène s'est déroulée comme dans mon rêve... en mieux!"

Le désir sexuel et le désir amoureux doivent être toujours cultivés, nourris et ravivés.

6.1.2. L'érotisation de son propre archétype sexuel

Quand on parle de l'érotisation de son propre archétype sexuel, on parle de l'érotisation du phallus et de la pénétrance chez l'homme, et de l'érotisation du creux vaginal et de la réceptivité chez la femme.

On parle aussi de l'érotisation de la différence entre les genres et donc de l'érotisation des différences morphologiques, biologiques, de personnalité, d'attitude et de comportement. S'aimer soi-même permet d'aimer l'autre ainsi que d'être aimé dans les différences réciproques; ceci est à la base des rapports sexuels et donc de la continuation de l'espèce humaine (Desjardins, 2006). Pendant la grossesse, comme on l'a vu, l'acceptation des changements (physiques, psychologiques, relationnels, etc.) des deux partenaires est cruciale, et ceci pas seulement au niveau d'une réciprocité, mais aussi au niveau individuel et personnel (c'est-à-dire au niveau de ce qui se passe à l'intérieur de soi). Walther (2008, p. 43) réfère le témoignage d'une femme qui a vécu la grossesse en s'abstenant des rapports sexuels "*Ces deux corps qui autrefois se mélangeaient doivent soudainement se partager (...) Mon mari me dégoûtait. L'alchimie de nos corps liés n'était plus (...) Aujourd'hui, reprendre une vie sexuelle, me retrouver nue à ses côtés, est foncièrement inconcevable. J'aurais la désagréable impression d'être "violée"*". Et encore, un témoignage similaire d'une autre femme enceinte: "*je n'ai plus aucun désir sexuel pour mon mari. Tout son corps me dégoûte. Rien en lui ne m'excite"* (Walther, 2008, p. 129).

Le Sexocorporel offre des outils qui aident les personnes à érotiser leur propre archétype sexuel et qui les aident aussi, en conséquence, à désirer un rapprochement avec des personnes du sexe opposé. Ce rapprochement conduit au désir sexuel coïtal. Accompagner une femme dans la capacité de ressentir son creux et dans la capacité de ressentir l'envie de le combler signifie l'accompagner à désirer un homme qui aime son propre pénis et qui ressent l'envie de combler une femme. Desjardins (1980), par

les mots d'une femme, illustre ainsi l'érotisation de l'archétype sexuel féminin "*J'ai besoin alors d'un autre corps qui se colle à moi, d'un pénis qui laboure mes creux et se moule à ma mouvance*" (p. 58).

6.1.3. L'attraction sexuelle

Avec le terme "attraction sexuelle" on fait référence aux codes d'attraction sexuelle, thème dont on a déjà parlé au cours du quatrième chapitre de ce travail. On va donc le reprendre brièvement.

Retrouver dans son partenaire les éléments correspondants à ses propres codes d'attraction sexuels permet d'avoir envie de se rapprocher de lui au niveau génital (les codes d'attraction sexuels déclenchent l'excitation sexuelle). Selon le Sexocorporel, il y aurait une programmation de base de ce code qui, après l'avoir goûté, se renforce. On parle donc d'un investissement appris et qui peut se modifier au cours du temps et dans des phases de vie particulières, comme, par exemple, la grossesse (Desjardins, 2006). L'obstacle plus grand dans l'attraction sexuelle provoquée par le corps de la femme enceinte, semble être au niveau psychologique-symbolique: on revient, encore une fois, à la polarisation entre maternité et sexualité. Voilà le témoignage d'un homme, récolté par Walther (2008, p. 61) "*La grossesse ne se prête pas à une union des corps (...) le potentiel antiérotique de ma femme neutralise toutes formes de désir (...) Ma femme est désormais un être asexué, ce qui n'est pas péjoratif en soi puisqu'elle s'apprête à donner la vie*". Dans les témoignages des couples en attente d'un enfant, on retrouve également des expériences qui montre la plasticité des codes d'attraction sexuelle, donc leur adéquation aux changements physiques du partenaire "*Enceinte, ma femme est belle, désirable et extrêmement sensuelle*" (Walther, 2008, p. 81).

6.1.4. La localisation de sa propre excitation sexuelle

Pour terminer, Desjardins (2006) parle de l'identification des points de repère corporels liés à l'excitation sexuelle et qui font appel à des récepteurs superficiels ou à des récepteurs profonds. Il s'agit de la capacité de percevoir et de codifier, dans son corps, les manifestations ou les signaux de sa propre excitation sexuelle. Ces repères sont à la base du désir sexuel coïtal, car ils représentent la prise de conscience des sensations au niveau des organes génitaux. Pour la femme, on parle de la sensation d'avoir des papillons dans le bas ventre et de l'envie d'être comblée. Pour l'homme, il s'agit du pénis qui grossit. Comme on l'a vu, les études de Masters & Johnson (1967) ont montré que la grossesse est une période dans laquelle il y a une augmentation de la vascularisation du petit bassin et que, à partir du deuxième trimestre, l'orifice vaginal est réduit du 75% pendant l'acte sexuel (en raison de la vasocongestion). Ces conséquences physiques de la grossesse aident à l'identification de sa propre

excitation sexuelle. Dans ce cas particulier, au lieu d'avoir le Sexocorporel au service de la grossesse, on a la grossesse au service du Sexocorporel, voir de la sexualité. En effet, grâce aux conditions physiques qu'on vient de décrire, accéder à la localisation de l'excitation sexuelle est plus facile. Dans une éventuelle sexothérapie, cette ressource offerte par la grossesse pourrait représenter la porte d'entrée du travail qui vise à la conquête et au maintien du désir sexuel.

6.2. Les touchers

6.2.1. Les quatre façons de toucher

Un des conseils sexologiques adressés aux femmes enceintes, dans l'article de Scarselli & Pampaloni (2006), fait référence aux touchers: "*dédier du temps aux préliminaires et à la connaissance des changements de son propre corps et de ses exigences sexuelles*".

Desjardins (2008) souligne l'existence de quatre façons différentes de toucher, et de l'importance de jouer avec elles. Comme on l'a vu, pendant la grossesse, le couple cherche souvent des activités sexuelles alternatives au coït. La période de l'attente met en valeur la tendresse et l'exploration tactile de son propre corps et du corps de l'autre: découvrir le corps d'une femme enceinte peut être délicieux. On va donc exposer les quatre touchers conseillés par le Sexocorporel.

Le premier type de toucher est la palpation. Palper signifie entrer délicatement en contact avec le corps de l'autre en jouant sur les pressions: faire sentir sa propre présence et sentir la présence de l'autre. Ce type de toucher serait aimé davantage par les hommes que par les femmes (chez elles est quand-même puissant et peut réveiller le désir sexuel coïtal, car stimule les récepteurs profonds).

Le deuxième type de toucher est l'effleurement. Effleurer indique un contact doux, lent et superficiel avec la peau: "faire bouger les poils". Ce type de toucher serait aimé davantage par les femmes que par les hommes.

Le troisième type de toucher consiste dans le caresser, ce qui correspond à un mouvement lent et continu fait à pleines mains et de façon un peu plus intense que l'effleurement: on enveloppe le corps de l'autre. On transmet de la chaleur en stimulant seulement les récepteurs superficiels; il s'agit d'un contact direct mais sans pression.

Enfin, le quatrième type de toucher consiste dans le pétrir. Ce type de toucher est le plus intense. Il s'agit d'un massage important qui exprime le désir, l'excitation et qui se pratique sur les parties les plus charnus du corps.

Walther (2008, p. 79) nous donne encore une fois un témoignage précieuse: "*Cette grossesse nous permet, mon mari et moi, de nous redécouvrir sexuellement. Avec le temps et nos préoccupations personnelles, nous avons oublié ou occulté nos sentiments réciproques, les jeux purement érotiques, tels que se toucher, faire une place importante aux préliminaires, se nourrir du plaisir de l'autre, en bref le b.a-ba d'une relation réussie, d'une sexualité épanouie*".

6.2.2. L'implication émotionnelle dans le toucher

Différents types de toucher

Ils existent différents types de toucher et le Sexocorporel les utilise comme des outils qui donnent accès à l'intimité et au désir sexuel. Le toucher peut devenir un canal de communication si on prêt attention à ce qu'on est entraîné de faire, c'est-à-dire, si on regarde où on touche, si on regard les réactions de l'autre et si on est à l'écoute de ce qu'on éprouve (il faut de l'égoïsme aussi). La personne qui touche s'implique au point d'avoir l'impression d'envelopper l'autre: elle se nourrit de son propre corps qui touche le corps de l'autre en se donnant du plaisir (Desjardins, 2008). Encore une fois, le Sexocorporel donne sa contribution aux activités sexuelles pratiquées pendant la grossesse et qui conduisent au désir sexuel ou à son maintien.

Le toucher-regard est quand on regard où et comment on est entraîné de toucher: ceci amplifie sa propre charge émotionnelle.

Le toucher-désir consiste dans l'effleurement du corps de l'autre (sans qu'il y ait un vrai contact), afin de susciter dans l'autre l'envie d'être touché.

Enfin il y a le toucher qui implique tout le corps: c'est le corps entier qui accompagne le toucher.

Réactions au toucher

Le Sexocorporel porte l'attention sur la façon de réagir au toucher: l'implication de la personne touchée a la même importance de la personne qui touche.

En effet, comme on l'a vu plus haut, la personne qui est touchée peut communiquer ou pas avec celle qui touche: l'implication peut donc être totale ou nulle.

Dans le premier cas, on parle de transparence: la personne touchée communique avec la personne qui la touche (si elle aime le toucher l'encourage, si elle ne l'aime pas se retire). Dans cette situation, on est dans séduction.

Dans le deuxième cas, on parle d'opacité: la personne touchée n'exprime pas ce qu'elle pense ou ressent; par exemple, elle ne bouge pas ou elle n'a aucune réaction. En conséquence, la personne qui

touche éprouve moins d'émotions, ou même, une émotion désagréable qui se traduit en frustration et en une diminution du désir. Dans ces situations, la personne touchée est dans l'anti-séduction.

Parfois, la réaction au toucher peut être la peur. Pour la surmonter, Desjardins (2008) propose trois stratégies. La première stratégie est que la main de la personne qui touche reste immobile, et qu'il soit le corps de la personne ayant peur à rechercher le contact. La deuxième stratégie voit la personne qui a peur d'être touchée diriger la main de la personne qui touche, là où elle a envie d'être touchée. La base: *"on ne peut pas s'en fuir si on se rapproche"*. La troisième stratégie est de développer la proprioception, par exemple en alternant des stimulations agréables (caresses) à des stimulations désagréables (pincements).

6.2.3. L'exploration du corps

Dans ce travail, on a cité plusieurs auteurs qui ont souligné l'apparition de nouvelles activités sexuelles pendant la grossesse. Certaines de ces activités font référence à des nouvelles formes d'échange érotique, d'autres à des nouvelles positions. Les suggestions du Sexocorporel, par rapport à l'exploration du corps, sont très actuelles pendant la grossesse.

Exploration de la partie haute du corps

Il s'agit des différents types de toucher sur la partie haute du corps: les mains ou la bouche explorent le visage, la tête, les bras, la poitrine, le dos, le ventre, etc.

Exploration de la partie bas du corps

Il s'agit des différents types de toucher sur le bas du corps: les mains ou la bouche explorent les fesses, les cuisses, les organes génitaux, les jambes, les pieds, etc. Comme on l'a vu, les activités sexuelles, telles que la fellation, le cunnilingus et la masturbation, sont très présentes pendant la grossesse.

Exploration de la partie interne du corps

Il s'agit de l'exploration des différents types de toucher à l'intérieur du vagin ou de l'anus avec les doigts. Cette exploration fait appel à la pénétration phallo-vaginale (ou phallo-anale) dans les différentes positions et, pendant la grossesse, l'exploration des nouvelles positions est très présente.

"À mesure que notre corps se métamorphose, que notre ventre s'arrondit, que notre peau se distend, que notre émotivité trouve son rythme de croisière, que notre fatigue se dissipe, nous composons avec nous-même et avec notre conjoint pour accéder à de nouveaux plaisirs et découvrir de nouvelles zones érogènes" (Walther, 2008, p. 93).

Conclusion

Rédiger ce travail n'a pas été facile au niveau de la recherche bibliographique: dans la littérature actuelle, on ne trouve pas beaucoup d'informations sur la sexualité pendant la grossesse. L'explication de ce manque de littérature semble être liée à la difficulté, au niveau social, de faire co-exister la sexualité et la maternité. Ce qui se traduit, pendant la grossesse, dans un sacrifice de la première au profit de la deuxième.

Dans ce travail, on illustre l'évolution de la sexualité féminine pendant la grossesse: elle suit le rythme des trois trimestres. On estime une réduction de l'activité sexuelle qui va du 20% au premier trimestre au 86% au troisième. La sexualité diminue modérément au premier trimestre à cause de la gêne physique et de l'élaboration psychologique de la grossesse. Pendant le deuxième trimestre, elle voit une certaine variabilité et amélioration: l'élaboration psychologique de la grossesse est accomplie, la préoccupation de l'accouchement est encore lointaine et le couple retrouve son harmonie sexuelle. Au cours du troisième trimestre, la sexualité se réduit nettement à cause du gros ventre, de la peur de faire mal à l'enfant, de l'anxiété liée à l'accouchement et des conseils médicaux.

En ce qui concerne la sexualité féminine pendant la grossesse, les études ont montré une diminution de tous les paramètres, c'est-à-dire, une diminution du désir sexuel, de l'excitation sexuelle, de la fréquence des rapports sexuels et de la satisfaction sexuelle. Il y a quand même une minorité de femmes (15%) qui vit une augmentation de tous ces paramètres.

Chez la majorité des hommes, il y a également une diminution globale de la sexualité pendant la grossesse.

On a ensuite investigué le vécu sexuel de la femme pendant la grossesse, en découvrant qu'il varie en fonction de la femme, de l'homme, de la relation de couple et du moment de vie individuelle et relationnelle.

En effet, on a vu que la grossesse peut créer des conditions qui conduisent à une augmentation du désir sexuel grâce à la présence d'une situation psychologique et physique favorable à un enrichissement de l'expérience sexuelle. Les facteurs physiologiques qui favorisent une réponse sexuelle positive sont: l'augmentation de l'irroration sanguine, le taux des hormones en circulation, la baisse du seuil sensoriel, l'augmentation des endorphines et l'augmentation de la masse du muscle utérin.

Mais on a vu également que la grossesse peut provoquer une baisse du désir sexuel à cause de l'augmentation des taux de progestérone ou à cause de certains problèmes intimes (par exemple, les saignements, une sensibilité clitoridienne exagérée ou bien une sécheresse vaginale).

Au cours de ce travail, on a voulu explorer les facteurs qui influencent la sexualité pendant la grossesse et on a vérifié qu'ils sont beaucoup. Il est donc impossible de décrire des profils féminins ou masculins par rapport à une sexualité standard pendant la grossesse. On peut juste souligner la pertinence des facteurs qu'on a décidé d'examiner, car ils ont tous une influence sur la manière de vivre la sexualité pendant la grossesse.

Dans ces conclusions, on tient à souligner un facteur parmi les autres: les informations données par le corps médical aux femmes enceintes, à propos de la sexualité.

On rejoint le souhait exprimé par plusieurs auteurs, qui demande au corps médical de consacrer plus de temps au thème de la sexualité pendant la grossesse et qui demande également que les entretiens sur cet argument prévoient la présence de la femme et de l'homme. Ce souhait impliquerait une mise en place, chez toutes les figures professionnelles concernées, d'une meilleure formation sur ce sujet.

Une meilleure information sur la sexualité pendant la grossesse est le meilleur moyen de prophylaxie de l'intimité du couple.

Dans ce travail, les dimensions personnelle et relationnelle ont acquis leur importance: étudier juste la sexualité pendant la grossesse n'a pas de sens. La sexualité n'est pas un chapitre à part dans la vie des personnes: elle est intégrée dans la personne même, elle interagit avec le vécu personnel et avec le vécu relationnel.

Cette conviction personnelle de l'auteur a conduit au choix du Sexocorporel comme outil qui peut prévenir les difficultés sexuelles ainsi qu'aider à mieux vivre la sexualité et la relation de couple pendant la grossesse. En effet, le Sexocorporel ne se limite pas à considérer et à agir sur la sexualité: avant tout, il agit sur la personne même. Renforcer le *soi* pour construire un *nous* qui sait prendre son plaisir dans la vie quotidienne et dans la sexualité, sans s'oublier que le présent est le résultat des apprentissages du passé et qu'on ne finit jamais d'apprendre.

Dans ce travail sont exposés les outils du Sexocorporel qui visent à la préparation de la femme à la grossesse, ainsi qu'au maintien d'une bonne relation de couple et d'une bonne sexualité pendant cette période.

La préparation de la femme à la grossesse s'appuie sur la *composante personnelle* du modèle de santé sexuelle du Sexocorporel, dont on traite les dimensions plus pertinentes. Les investiguer et les nourrir peut faire partie des moyens de prévention du malaise sexuel pendant la grossesse. Ensuite on s'est appuyé sur la *composante relationnelle et personnelle* du modèle de santé sexuelle, afin de donner des outils qui puissent favoriser le maintien d'une bonne relation de couple et d'une bonne sexualité pendant la grossesse. En effet, parler de la sexualité pendant la grossesse signifie aussi parler de l'alchimie du couple dans un moment particulier de la vie, dans un moment qui a toutes les potentialités pour devenir précieux et délicieux. Savoir illustrer cette magie à des couples déstabilisés par tous les changements que la grossesse amène avec elle, c'est le devoir des professionnels interpellés.

L'exposition des outils du Sexocorporel est tout à fait inutile s'ils sont utilisés par quelqu'un qui ne connaît pas le pouvoir de la communication, de la séduction et de la modulation de la relation.

Le but de ce travail était de faire des liens entre les outils du Sexocorporel et la sexualité pendant la grossesse. Ce lien a été recherché car soit la grossesse soit le Sexocorporel s'occupent de la personne dans sa globalité: tous ses apprentissages, toutes ses expériences, toutes les dimensions de sa vie sont considérés. Le Sexocorporel n'intervient pas seulement en présence d'une pathologie ou d'un malaise. Le Sexocorporel est avant tout prévention et joie personnelle, outre que sexuelle.

Mon souhait est que la formation des professionnels de la santé et, en conséquences, les informations qui seront données aux couples, puissent s'appuyer sur le Sexocorporel, au moins en partie. À ce propos, je crois que cet écrit pourrait être le point de départ pour un travail qui porte sur l'organisation d'un projet de prévention concernant la sexualité pendant la grossesse.

Le résultat pourrait être un cours de libre accès pour les couples qui ont envie de découvrir les richesses offertes par la sexualité pendant la grossesse.

Bibliographie

Abraham, G. (2010, mars). *La sexualité entre subjectivité, soma et relation. Perspective intégrative*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

Bartellas, E., Crane J. M., Daley M., Bennett K. A. & Hutchens D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 107 (8), 964- 968.

Bitzer, J. & Alder, J. (2000). Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Sex Education and Therapy*, Vol. 25-n.1, 49-58.

Brenot, P. (2001). *Inventer le couple*. Paris: Odile Jacob

Cafaro, C. (1988). Sessualità in Gravidanza. *I Rapporto ASPER, Educazione e Comportamento Sessuale dei Giovani in Italia*. Città di Castella: Asper-age.

Cappato, M., Pasini, B., Pellegrini, E. & Tommaselli, G. (1996). Sessualità e Gravidanza. *Rivista di Sessuologia*, 20, 3, 247-251.

Charbonnier, G. (1979). *Sexualité de l'homme pendant la grossesse: enquête et cas cliniques*. Thèse de doctorat en médecine, Université de Genève.

Chatton, D., Desjardins, J.-Y., Desjardins, L. & Tremblay, M. (2005). La sexologie basée sur un modèle de santé sexuelle, *Psychotérapies*, Vol. 25-n.1, 3-19.

Ciolti, P., Orsini, A., Russo, P. & Russo, R. (1996). Sessualità e gravidanza. Un'indagine su 100 gestanti. *Rivista di Sessuologia Clinica*, 3, 3, 23-32.

Codispoti Battacchi, O. & De Alosio, D. (1981). *Gravidanza e Sessualità*. Padova: Piccin.

Crépault, C. (1997). *La Sexoanalyse*. Paris: Payot.

Desjardins, J.-Y. (1980). *L'érotisme au féminin*. Montréal: Héritage.

Desjardins, J.-Y. (1996). Approche intégrative et sexocorporelle. In *Sexologie*, Vol.5-n.21, 43-48.

Desjardins, J.-Y. (2006, décembre). Formation à l'approche Sexocorporelle. Genève.

Desjardins, J.-Y. (2007, mai). Formation à l'approche Sexocorporelle. Genève.

Desjardins, J.-Y. (2008, mai). Formation à l'approche Sexocorporelle. Genève.

Desjardins, J.-Y. (2008, octobre). Formation à l'approche Sexocorporelle. Genève.

Desjardins, J.-Y. (2009, janvier). Formation à l'approche Sexocorporelle. Genève.

Di Pietro, P. (2008). *La mia gravidanza: i cambiamenti fisici, le emozioni, i controlli medici, la dieta, la ginnastica preparatoria*. Milano: Red.

Favez, N. (2010, novembre). *Les transformations de la relation de couple lors de la transition à la parentalité*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

Giagulli, V. (2009). Sessualità in gravidanza. Internet: www.benessere4u.it/sessualita-in-gravidanza.

Kaplan, H. (1995). *The sexual desire disorders*. New York: Brunner Routledge.

Lechenne, Ph. (2010, avril). *La thérapie de couple face au sexuel*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

Liehti Maccarone, A. (2010, mai). *Le Sexocorporel*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

Loffredi, N. (2009). Gravidanza e Post-partum. Internet: www.willypasini.it

Lopès, P. & Poudat, F.-X. (2008). *Manuel de sexologie*. Paris: Masson.

Malarewicz, J.-A. (2002). *Repenser le couple: hommes et femmes: comment vivre à deux aujourd'hui*.

Paris: Robert Laffont.

Masters, W. & Johnson, V. (1967). *L'atto sessuale nell'uomo e nella donna*. Milano: Feltrinelli.

Medico, D. (2010, mai). *Débats actuels sur la sexualité féminine*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

Medico, D. & Fournier, K. (2010, mars). *La sexoanalyse*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

Meyer, P. (2010, juin). *Sexualité et endocrinologie*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

Moretti, S., & Monti, M. (2003). Sessualità in Gravidanza e puerperio. In *rivista telematica Sessualità e Ostetricia*. Internet: www.ginecolink.net.

Mueller Sapin, M. (2010, juin). *Gynécologie, ménopause et oncologie gynécologique: les impacts sur la sexualité*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

Ortigue, S. (2010, janvier). *Les bases neuronales de la fonction sexuelle*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

Panzeri, M., Donà M.-A. & Cucinato M. (2006). La sessualità della coppia nel ciclo di vita familiare. *Rivista di Sessuologia*, Vol. 30-n.2.

Pasini, W. (2007). *Amori infedeli*. Milano: Mondadori.

Pause, C. (2010, janvier). *Désir hypoactif chez l'homme*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

Pittet, D.-A. (2005). *Le rôle de l'imaginaire érotique dans la prise en charge de la baisse du désir sexuel féminin*. Mémoire du certificat de formation continue en sexologie clinique, Université de Genève.

Quattrini, F. Gravidanza e sessualità. In *rivista telematica Istituto Italiano Sessuologia Scientifica*. Internet: www.iissweb.it

Rollini, C. (2010, janvier). *Anorgasmie féminine*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

Scarselli, V., Biagiotti, R., Lino, G. & Scarselli, G. (2002). Sessualità della donna in gravidanza. In J. Baldaro Verde, A. Genazzani, *Identità Sessuale: percorsi a confronto*. Roma: CIC Edizioni Internazionali.

Scarselli, V. & Pampaloni, F. (2006). Sessualità in gravidanza: il counseling per la donna e per la coppia. In *Giornale Italiano Ostetricia e Ginecologia*, Vol. 28-n.4, 161-168..

Solberg D. A., Butler J. & Wagner N. N. (1973). Sexual behavior in pregnancy. *The New England of Medecin*, Vol. 24, 1098-1103.

Tardieu, N. (2004). *Grossesse et sexualité à travers l'Histoire*. Paris: Connaissances et Savoirs.

Walther, H. (2008). *Désir et grossesse: sexualité de la femme enceinte*. Paris: Toucan.

Wenger, J.-M. (2010, janvier). *Anatomie et physiologie de la fonction sexuelle féminine*. Présenté au certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève.

www.magrossesse.com

Zufferey-Sudan, M.-M. (2008). *Essai de compréhension de la dynamique du périnée féminin en sexualité*. Mémoire du certificat de formation continue en sexologie clinique, Université de Genève.