

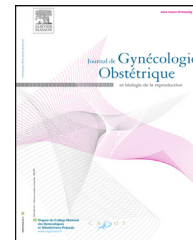


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉTAT DES CONNAISSANCES

Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 2



What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatality – Part 2

C. de Pierrepont^{a,*}, V. Polomeno^b, L. Bouchard^c, E. Reissing^d

^a Université d'Ottawa, Ottawa, Canada

^b École des sciences infirmières, université d'Ottawa, Ottawa, Canada

^c Département de sociologie, institut de recherche sur la santé des populations, université d'Ottawa, Ottawa, Canada

^d École de psychologie, université d'Ottawa, Ottawa, Canada

Reçu le 5 août 2015 ; avis du comité de lecture le 30 octobre 2015 ; définitivement accepté le 4 novembre 2015

Disponible sur Internet le 14 mars 2016

MOTS CLÉS

Sexualité périnatale ;
Sexopérinatalité ;
Transition à la
parentalité ;
Couples parentaux ;
Post-partum

Résumé Lors de la transition à la parentalité, l'aspect intime et sexuel des futurs et nouveaux couples parentaux sont les plus affectés et les plus vulnérables. Le but de cet examen de la portée est de faire un portrait de l'expérience sexuelle périnatale à l'aide de 123 articles empiriques des 15 dernières années sur le sujet. Ce deuxième article d'une série de deux concerne la sexualité lors du travail et de l'accouchement, la sexualité postnatale ainsi que la sexualité et l'allaitement. Au total, 29 variables sexuelles ont été analysées. La sexualité pendant et après l'accouchement relèvent d'expériences diversifiées. Certains éléments récurrents peuvent toutefois être identifiés, dont un moment relativement inactif de sexualité dans les premiers mois postpartum, suivi d'une reprise graduelle à partir de trois à six mois postnataux et se poursuivant jusqu'à 12 mois et plus. La sexualité lors de l'accouchement est un sujet tabou et les expériences sont polarisées : certains couples ont des expériences sensuelles et érotiques à l'accouchement, alors que d'autres vivent des traumatismes à la naissance avec impact négatif sexuel durant la période postnatale. La sexualité pendant l'allaitement revêt aussi un caractère tabou et des impacts négatifs sur la sexualité des femmes sont courants. Dans tous les

* Auteur correspondant. 45, rue de l'Horizon, Eastman, J0E 1P0 Québec, Canada.

Adresses e-mail : catdep@hotmail.com, cdep090@uottawa.ca (C. de Pierrepont), vpolomen@uottawa.ca (V. Polomeno), louise.bouchard@uottawa.ca (L. Bouchard), reissing@uottawa.ca (E. Reissing).

KEYWORDS

Perinatal sexuality;
Sexoperinatalité;
Transition to
parenthood;
Parenting couples;
Post-partum

cas, la sexualité des femmes et des hommes est affectée et une multitude de facteurs physiologiques et psychologiques simultanés teintent les expériences. Les fluctuations intimes et sexuelles constituent des phénomènes naturels, temporels et temporaires, mais l'intervention sexopérinatale incluse dans les soins de santé périnataux holistiques peut favoriser le maintien d'une relation intime et sexuelle positive chez les couples.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The intimate and sexual dimension of future and new parenting couples' relationship is the most affected and the most vulnerable during the transition to parenthood. The purpose of this scoping review is to present the portrait of perinatal sexuality through 123 empirical articles published in the last 15 years. This second article in a series of two is about sexuality during labor and birth, during the postpartum, and in relation to breastfeeding. A total of 29 sexual variables were analyzed. Sexuality during the intrapartum and postnatal periods is very diversified. Some recurring items, however, can be identified: a period of non-sexuality in the first postnatal months, followed by a gradual return of sexuality from 3 to 6 months postpartum and continuing until 12 months or more. Sexuality during the intrapartum is considered taboo and couples' experiences can be at opposite ends: some couples' experiences are sensual and erotic during childbirth, while others experience birth trauma with a negative sexual impact postnatally. Sexuality during breastfeeding is also taboo with a negative impact on women's sexuality. In all of these circumstances, women's and men's sexuality are affected and a multitude of simultaneous physiological and psychological factors affect their experiences. Fluctuations in the intimate and sexual dimensions of the conjugal relationship are considered as a natural phenomenon but temporary. Sexoperinatal interventions should be part of holistic perinatal health care in order to help couples maintain a positive intimate and sexual relationship.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Lors de la transition à la parentalité, l'aspect intime et sexuel du couple est le domaine le plus affecté et le plus vulnérable aux fluctuations multidimensionnelles vécues par les futurs et nouveaux parents, leur demandant alors une adaptation et des ajustements majeurs dans le domaine intime et sexuel [1–9]. Le premier article de cette série abordait la sexualité pendant la grossesse et pour compléter le portrait global de la sexualité périnatale, ce second article en continuité s'attardera aux sujets suivants : sexualité lors du travail et de l'accouchement ; sexualité postnatale ; et sexualité et allaitement. Chaque section est sous-divisée en fonction des différentes variables sexopérinatales étudiées. Les détails méthodologiques de cet examen de la portée ont été rapportés dans la première partie de cette série de deux articles concernant la sexualité périnatale. Au total, 123 études empiriques internationales ont été retenues.

Résultats

Sexualité lors du travail et de l'accouchement

Impact de la sexualité pendant la grossesse sur l'accouchement

Selon l'étude quantitative d'Atrian et al. [10] auprès de 120 femmes, le type d'accouchement n'est pas influencé par le coït dans la dernière semaine de grossesse ; il n'y a également pas de corrélation entre le coït et la cause d'admission

à l'hôpital. Toutefois, l'âge gestationnel de l'enfant est significativement plus bas ($p=0,012$ par la date des dernières menstruations et $p=0,002$ par ultrasons) chez les femmes ayant pratiqué le coït dans la dernière semaine de grossesse, ce qui laisse supposer que l'activité sexuelle dans la dernière semaine de grossesse pourrait être associée au déclenchement du travail. Pour sa part, l'étude quantitative de Foumane et al. [11] auprès de 144 femmes a révélé que les femmes sexuellement actives après 37 semaines de grossesse ont un pronostic d'accouchement plus positif : elles sont plus souvent admises à l'hôpital durant la phase active du travail, ont une phase active et un deuxième stade de travail plus courts, ont davantage un travail normal (« normal pattern of labor »), et ont plus d'accouchements spontanés, moins de césariennes et moins besoin d'ocytocine avant l'expulsion. Dans ces deux études, les chercheurs ont soulevé l'effet des prostaglandines présentes dans le sperme sur le déclenchement du travail ainsi que la libération d'ocytocine lors des relations sexuelles, recommandant par le fait même, lorsqu'il n'y a pas de contre-indication médicale, de faire l'amour en fin de grossesse pour déclencher naturellement le travail.

Expériences sensuelles et érotiques à l'accouchement

Harel [12] a publié une thèse de doctorat sur l'expérience sexuelle d'accouchement de 11 femmes, sujet des plus controversés et tabous en sexopérinatalité. Selon cette auteure, les expériences sexuelles lors de l'accouchement varient grandement, mais deux scénarios généraux ont été cernés. Le premier concerne les femmes pour qui

l'expérience sexuelle de l'accouchement a été une surprise : elles se sont simplement laissées emporter par le rythme érotique, intime et sensuel de l'accouchement, sans rien faire de particulier pour s'exciter. L'orgasme lors de l'accouchement ne faisait pas partie de leurs attentes, même si elles étaient préparées à un accouchement naturel et qu'elles avaient entendu qu'un tel événement était possible. Le deuxième concerne les femmes qui ont intentionnellement incorporé la sexualité dans leur travail et dans leur accouchement et qui étaient prêtes à l'explorer en profondeur. Ces femmes ont initié les comportements sensuels et sexuels pendant le travail ; certaines ont fait l'amour, certaines ont embrassé passionnément leur partenaire et certaines se sont masturbées, notamment dans le but de diminuer la douleur. Ayant toutes été déjà formées comme professionnelles en éducation périnatale, doula (accompagnante à la naissance) ou sage-femme et étant toutes confortables avec leur corps et avec leur sexualité, elles percevaient d'emblée l'accouchement comme un acte très sexuel et étaient toutes familières avec la possibilité d'inclure la sexualité dans le processus. Dans tous les cas, le partenaire a eu un rôle important de soutien et de « créateur » de la passion.

Traumatisme relié à la naissance

Deux études se sont attardées au traumatisme relié à la naissance et, entre autres, sur ses possibles répercussions sur la sexualité. D'abord, Beck [13] a questionné 38 femmes qui ont vécu un accouchement traumatique, que ce soit par voie vaginale ou par césarienne. L'auteur a défini le traumatisme relié à la naissance comme une expérience causant un résultat négatif pendant n'importe quelle phase périnatale, ce qui inclut entre autres une complication obstétrique, une détresse psychologique ou une mortinaissance. Dans cet échantillon, 80 % ont eu un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique attribuable à la naissance. Les symptômes qui y sont liés ont inévitablement eu un effet sur l'intimité et la sexualité suivant la naissance.

White [14], pour sa part, a développé une étude auprès de 21 hommes qui ont tous vécu un stress post-traumatique après l'accouchement. Suite à leur détresse psychologique initiée par l'accouchement, ces hommes ont vécu d'importantes répercussions négatives d'ordre relationnel et sexuel. Des difficultés maritales, des inquiétudes et des peurs en lien avec la sexualité et même un dégoût envers la sexualité ont été exprimés par plusieurs.

Sexualité postnatale

Suites et effets de l'accouchement

Trois variables affectant la sexualité postnatale ont été identifiées en lien avec les suites et les effets de l'accouchement. D'abord, des répercussions négatives de l'épisiotomie sur la sexualité des femmes ont été notées [15–18] ; la présence de la douleur au coït [15,16], tout comme un délai plus grand de reprise du coït [16,18] ont entre autres été soulignés. Aussi, le type et le vécu de l'accouchement peuvent influencer la sexualité postnatale, mais les résultats sont contradictoires. Certaines études ont affirmé qu'il n'existe pas de différence en matière de fonction et de santé sexuelle postnatale entre les femmes

ayant accouché par césarienne par rapport aux femmes ayant accouché par voie vaginale [18–23]. D'autres ont toutefois relevé certaines différences [17,20,24,25], notamment un retour aux activités sexuelles plus lent chez les femmes ayant accouché par voie vaginale [24]. Enfin, la présence de déchirures, de lacerations et/ou de traumatisme du périnée affecte aussi la sexualité postnatale des femmes. Il existe quatre niveaux de déchirures et les causes sont reliées à une déchirure spontanée due à une expulsion trop rapide, à l'épisiotomie ou à un accouchement vaginal assisté (à l'aide de forceps et/ou d'une ventouse). Les déchirures sont souvent associées à une incontinence urinaire, fécale ou aux deux en période postnatale. Les déchirures et/ou lacerations, particulièrement celles du sphincter anal, affectent négativement la sexualité, ralentissant entre autres la reprise et la fréquence des activités sexuelles et causant plus de problèmes sexuels et d'incontinence [24,26–28]. L'équipe de Mous et al. [27] a même rapporté une association entre les lacerations du sphincter anal et la présence de plus de problèmes sexuels 20 ans après l'accouchement. De plus, Signorello et al. [29], dans leur étude quantitative avec 626 femmes, ont affirmé que le degré du traumatisme du périnée est directement relié à la douleur lors du premier coït post-accouchement et est aussi associé à la dyspareunie à trois mois postnatal.

Peurs et anxiété

Deux études se sont attardées aux peurs et anxiété en lien avec la sexualité en période postnatale. L'étude qualitative de Salim et al. [30] a soulevé que chez les six femmes rencontrées, la période postnatale comprend plusieurs difficultés, peurs et inquiétudes générales qui ralentissent ou arrêtent même la sexualité : peur pour la guérison du périnée, particulièrement en présence de points de suture, peur de la guérison et de la cicatrisation interne de l'utérus, peur de la douleur lors du premier coït et peur d'une nouvelle grossesse. Des inquiétudes envers la satisfaction du partenaire ont aussi été soulevées [30].

Pour sa part, l'étude quantitative de Pastore et al. [31] auprès de 113 couples a mis à jour le fait qu'environ la moitié des nouveaux parents rapportent avoir entre deux et huit questions ou inquiétudes (sur un possible total de 19) en matière de sexualité postnatale. À quatre mois postnatal, les principales inquiétudes sont semblables entre les hommes et les femmes et concernent les sujets suivants : le retour au coït, le besoin de contraception, la récupération physique suite à l'accouchement et l'allaitement. Toutefois, à 12 mois postnatal, les inquiétudes diffèrent entre les sexes, même si les deux partagent toujours des inquiétudes envers l'image corporelle de la femme (perception qu'une personne a de son corps) et la discordance des désirs sexuels dans le couple. Les femmes sont davantage préoccupées par la récupération physique et la fréquence du coït, tandis que les hommes s'inquiètent plus des sauts d'humeur de leur partenaire, de la reprise du coït et des besoins de contraception. À 12 mois postnatal, deux sujets d'inquiétudes semblables persistent chez les tiers des parents : la présence d'un plus grand désir sexuel chez l'homme que chez la femme et l'image corporelle de la femme.

Importance de la sexualité

L'équipe de Trutnovsky et al. [32], dans leur étude qualitative incluant 26 femmes, a noté qu'à six mois après l'accouchement, l'importance de la sexualité et du coït avait augmenté par rapport à la fin de la grossesse, mais restait inférieure aux taux d'avant la grossesse.

Facteurs psychologiques

Un des facteurs psychologiques affectant la sexualité postnatale est sans aucun doute l'endossement du nouveau rôle psychosexuel de parent. Bien que la plupart soient heureux et fiers de devenir parents [33–35], la vie réelle de tous les jours a changé et cela affecte incontestablement la sexualité des nouveaux parents [30,33–37] qui sont peu préparés à de tels impacts en matière de sexualité [34,35,38]. Les nouveaux parents accusent le fait qu'ils ont moins de temps libres [33,37,39], qu'ils sont moins spontanés [33,34,37] et que leurs nouvelles responsabilités de parent prennent le dessus [30,36,37]. Dans l'étude qualitative de Choi et al. [40], les 24 femmes interrogées ont laissé entendre que leurs attentes étaient irréalistes par rapport à ce nouveau rôle psychosexuel et qu'elles n'étaient pas prêtes à un tel changement, malgré le soutien du partenaire qui est essentiel pour y faire face.

Un deuxième facteur psychologique affectant la sexualité postnatale est la dépression postnatale [34]. Les taux de dépression postnatale varient entre 12 % à 33,7 % [40–43], mais les différences sont évidentes entre les femmes dépressives et celles qui ne le sont pas : les femmes dépressives ont moins d'intérêt sexuel [44], sont moins satisfaites de leur relation de couple [44], sont moins satisfaites sexuellement [44], ont une fréquence moins élevée d'activités sexuelles [44], reprennent moins rapidement le coït [43], s'engagent dans moins d'activités sexuelles variées [43] et ont davantage de problèmes sexuels [43]. Pour ce qui est des hommes, ils peuvent également être affectés par la dépression postnatale : l'étude de de Montigny et al. [45] a rapporté un taux de 8,2 % de dépression parmi les 205 hommes étudiés et ceux qui sont affectés perçoivent une moins bonne qualité de leur relation maritale, ce qui influence notamment la sexualité à la baisse.

La présence de bébé affecte aussi négativement la sexualité des nouveaux parents, particulièrement dans les cas où le bébé dort dans la même chambre que les parents ou en co-dodo, plusieurs parents s'inquiétant alors de le réveiller lors des activités sexuelles [28,30,32,36,39]. De plus, certaines femmes se disent préoccupées et monopolisées par les soins de bébé [32] ou ont une relation émotionnelle avec l'enfant si importante et profonde que la sexualité avec le partenaire devient secondaire [32,37].

D'autres facteurs psychologiques ont également été soulevés comme obstacles à la sexualité postnatale, dont l'embarras de certaines femmes pendant la sexualité [24] et les changements psychologiques généraux de la femme qui perturbent les hommes [25,46].

Relation de couple

L'arrivée de bébé a des effets variables sur les couples. Selon Ahlborg et Strandmark [33], deux scénarios sont possibles :

- l'emphase est mise sur le bébé, ce qui crée un intérêt mutuel des deux parents favorisant la relation en développant la solidarité, la communication, la tendresse et le partage entre eux ;
- l'emphase est mise sur le bébé au détriment du père, qui se sent rejeté émotionnellement, causant alors un impact négatif sur la relation.

Plusieurs impacts négatifs de l'arrivée de bébé sur la relation de couple ont été étudiés. La détérioration de la relation de couple [25,38,47,48] et l'insatisfaction ou la diminution de la satisfaction envers le couple [38,48–50] sont les deux les plus souvent citées. Le manque de temps passé en couple ou l'absence de consensus sur le sujet [33,51,52], le stress supplémentaire mis sur le couple [35] ainsi que la communication difficile, insuffisante ou défectueuse dans le couple [48,53] sont tous des effets négatifs rapportés de l'arrivée de bébé sur la relation de couple. Pour plusieurs couples, l'arrivée de bébé réduit la priorisation de la sexualité [37,51].

Malgré tout, certains aspects positifs favorisant la relation de couple ont aussi été soulevés en période postnatale : le développement d'une bonne communication vue comme primordiale et qui favorise la relation et la sexualité [25,30,36,37,51], l'emphase mise sur l'expression d'amour et d'affection [36], l'importance du soutien émotionnel du partenaire [52,54] et le travail d'équipe [37]. Certains couples, pour contrer le manque de temps pour l'intimité et la sexualité, prévoient du temps pour être ensemble, ce qui favorise leur relation et leur sexualité [35–37,53]. Selon l'étude quantitative incluant 820 répondants d'Ahlborg et al. [51], la plupart des nouveaux parents se disent heureux de leur relation, malgré les bouleversements et changements qu'ils subissent.

Infidélité

L'infidélité des hommes en période postnatale a été peu étudiée et les pourcentages varient entre 15,6 % et 65 % [25,55,56]. Pour Ali et Cleland [55], l'abstinence postnatale est un facteur prédictif du sexe extramarital.

Image corporelle et sentiment de désirabilité

L'image corporelle et le sentiment de désirabilité sont des facteurs particulièrement importants pour les femmes en période postnatale qui influencent leur sexualité : beaucoup de femmes sont en effet moins satisfaites de leur corps après l'accouchement et se sentent moins désirables et attirantes [30,37,39,57,58], bien que dans certains cas, certaines femmes disent se sentir plus en contrôle et avoir plus de respect envers leur corps [37]. L'importance d'être rassurées que les changements ne sont pas permanents et que le retour à la normale viendra est essentiel pour plusieurs femmes [39]. Pour sa part, l'étude qualitative de MacAdam et al. [59] auprès de 12 hommes a soulevé que pour eux, les changements du corps de leur partenaire n'ont pas affecté négativement leur propre sexualité.

Facteurs physiques

Plusieurs études ont avancé le fait que la fatigue est un obstacle majeur à la sexualité postnatale, surtout pour les femmes et dans les premiers mois après l'accouchement

[32,37,47,51,57,60–62]. Le manque de sommeil a aussi été soulevé comme obstacle à la sexualité [32,33,39], tout comme la présence accrue de stress [32,39], l'incontinence urinaire [17], la présence d'infection [53] ainsi que les changements physiques généraux [25,46].

Initiation

En général, les hommes initient davantage les relations sexuelles en période postnatale [57,59,63,64], notamment le premier coït [63] et le sexe oral sur la femme [63,64]. Le sexe oral sur le partenaire tend toutefois davantage à être initié par les femmes [64]. Selon Bello et al. [16], les femmes acceptent moins l'initiation sexuelle de leur partenaire en période postnatale.

Désir sexuel

La diminution et/ou le manque de désir sexuel est un phénomène courant chez plusieurs femmes en période postnatale, voire pour la majorité [17,21,33,36,37,39,41,47,49,53,65,66]. De leur côté, les hommes ont davantage de désir que les femmes [51], même si certains ont noté une baisse du désir en période postnatale, notamment attribuable à un traumatisme à la naissance [36]. Le conflit émanant de cette discordance entre la femme et l'homme est un phénomène répandu [39,53,61], tout comme pendant la grossesse. Questionnées sur leur diminution ou leur manque de désir, les femmes ont endossé quatre raisons récurrentes : la fatigue [37,39,49,63,64] ; la douleur et/ou l'inconfort à la pénétration [41,60,63] ; le contact physique constant avec bébé qui comble d'affection la femme [37,39,60] ; et le manque de temps [39,63,64]. En contrepartie, les raisons pour un haut désir sexuel en période postnatale concernent l'intimité et le sentiment de proximité accrus avec le partenaire ainsi que l'intérêt sexuel démontré par le partenaire [63,64].

Excitation sexuelle

En matière d'excitation sexuelle, les femmes vivent un déclin en période postnatale, comparé à avant la grossesse selon Rathfisch et al. [66]. Pour Botros et al. [21], 6,4 % des femmes sexuellement actives ressentent rarement ou jamais d'excitation lors du coït. De leur côté, les hommes rapportent plus d'excitation que les femmes envers toutes les activités sexuelles, sauf en ce qui concerne la tendresse, les baisers avec la langue (« french-kiss ») et la masturbation [67].

Reprise de la sexualité

Les calculs de la reprise des activités sexuelles après l'accouchement sont variés, ce qui limite les comparaisons possibles. Toutefois, le temps de reprise des relations sexuelles se situe généralement entre quelques jours et six mois après l'accouchement, avec une tendance moyenne entre six et huit semaines postnatales [16,18,23,25,28,29,31,32,41–43,49,51,52,58,64,66,68–81]. Malgré tout, certains extrêmes existent : 11, 12 et 18 [55,73,76,82] et même 24 mois d'attente ont été notés [56].

Les raisons pour ne pas reprendre la sexualité sont variées et les plus fréquentes concernent la fatigue et le manque d'énergie [28,43,69,73,78], la présence d'un

problème physique [43,69], le manque de libido et d'intérêt sexuel [28,43,69,75,78], le besoin de contraception pour éviter une nouvelle grossesse [43,69,78], le sentiment de non-désirabilité chez la femme [43,69,78], l'allaitement [73,76,78,82], l'attente d'un avis médical [75,78] et les prescriptions religieuses, notamment la prescription religieuse islamique d'abstinence sexuelle pendant 40 jours suivant l'accouchement [82]. La présence de symptômes dépressifs [43,76] et la peur de la douleur (chez la femme et chez l'homme, envers sa partenaire) [59,78] ont aussi été soulevées. Pour ce qui est des raisons favorisant la reprise, la demande du partenaire [18,75] et la volonté d'éviter l'infidélité [82] ont été nommées.

Bien que Bello et al. [16] n'aient pas trouvé de différence dans le temps de reprise entre les femmes ayant accouché par voie vaginale en comparaison avec les femmes ayant accouché par césarienne, plusieurs études ont affirmé que la reprise est plus lente pour les femmes ayant vécu un traumatisme au périnée, que ce soit une déchirure, une laceration ou une épisiotomie [29,42,72,73,75,76,78]. La reprise est aussi considérée plus lente chez les femmes ayant eu un accouchement vaginal assisté [72,73,83] et celles ayant vécu une césarienne [72,73,75], comparativement à celles qui ont accouché par voie vaginale.

Selon Brummen et al. [26], le prédicteur de n'avoir pas repris le coït à un an postnatal est le fait de ne pas avoir eu de coït à 12 semaines de grossesse. En outre, McDonald et Brown [73] ont souligné que les activités sexuelles en général reprennent plus tôt que les relations vaginales, tandis que van Anders et al. [64] ont affirmé que le coït est repris plus tôt que le sexe oral ou la masturbation.

Fréquence du coït

Par rapport à avant la grossesse, la fréquence du coït est majoritairement diminuée [25,32,49,62,66,69], mais augmentée pour une minorité (5 %) de couples [69]. Comparativement à pendant la grossesse, la fréquence varie : pour certains, il y a une augmentation [49], pour d'autres une diminution [62] et pour d'autres, pas de changement [38]. En général, la fréquence du coït est diminuée en période postnatale pour plusieurs [59,84], mais elle tend à augmenter avec les mois [26,80]. Selon Ahlborg et al. [51], la fréquence de coït la plus commune en période postnatale est d'une ou deux fois par mois. Pour leur part, Dixon et al. [47] ont rapporté que le deux-tiers des femmes ont cinq épisodes ou moins de coït par mois à huit mois postnatal.

Autres comportements et activités d'ordre sexuel

Les données sur les autres activités sexuelles que le coït en période postnatale sont moins étudiées. En général, tout comme dans le cas du coït, il y a un déclin important dans les premiers mois post-accouchement, suivie d'une augmentation graduelle [62]. S'embrasser reste stable [58] et est pratiqué par tous les couples [62,67]. Les caresses sont aussi fréquentes, même si leur fréquence est moins élevée que le désir d'en avoir [51]. La tendresse aussi est stable et courante [62] et est notamment utilisée pour compenser le manque de temps et d'énergie voué au partenaire [53].

En général, le sexe oral est pratiqué par 65 % à 69,96 % des parents dans les premiers mois suivant l'accouchement [63,64]. Plus précisément, la fellation connaît un déclin

[43,62,69], chiffrée entre 59 et 62 % par Von Sydow [67], mais reste plus pratiquée que le cunnilingus [62]. Pour ce dernier, il y a également un déclin [43,62,69] et selon Von Sydow [67], c'est 55 à 57 % des parents qui le pratiquent dans les premiers mois suivant l'accouchement. Van Anders et al. [64] ont aussi détaillé cette pratique : 32,7 % des couples la pratiquent entre zéro et six semaines postnatales, 30,9 % entre sept et 12 et 25,5 % après 12 semaines.

Les taux de masturbation sont variables dans les premiers mois après l'accouchement (9 % à 72,7 %) [42,63,64] et tendent à décliner en période postnatale pour les femmes, particulièrement dans les trois premiers mois, pour ensuite augmenter graduellement, tandis que les taux chez les hommes restent relativement stables [62]. Pour Von Sydow [67], c'est 76 % des hommes et 54 % des femmes qui se masturbent en période postnatale.

Le sexe anal est aussi affecté par un déclin [43,62] ; Von Sydow [67] l'a estimé à 3 à 7 % chez les couples en période postnatale. Ce même auteur a également noté qu'entre 79 % et 90 % des couples utilisent la stimulation manuelle de la femme et qu'entre 76 % et 80 % utilisent la stimulation manuelle de l'homme en période postnatale. Pour Von Sydow et al. [62], la stimulation manuelle est aussi en déclin après l'accouchement, tout comme la stimulation des seins, variable que Von Sydow [67] a estimée entre 71 % et 73 %.

Des auteurs s'entendent pour dire qu'il y a un changement dans la nature des activités sexuelles, le coït n'étant pas privilégié en période postnatale au profit des autres activités sexuelles [64,84]. Hipp et al. [63] ont soulevé que l'ordre chronologique de la reprise des activités sexuelles était la suivante : sexe oral sur homme, masturbation, coït et sexe oral sur femme. Van Anders et al. [64], pour leur part, ont spécifié que la masturbation est reprise plus tôt ($p < 0,001$) que le sexe oral sur la femme, le sexe oral sur le partenaire et le coït.

Orgasme

Chez les femmes ayant repris les relations sexuelles en période postnatale, la fréquence de l'orgasme est diminuée chez certaines [29,66] et l'absence d'orgasme est constatée chez plusieurs (16,7 % à 24 %) [21,42]. La moyenne de temps pour avoir le premier orgasme varie entre huit et 24 semaines après l'accouchement [42,70]. Pour ce qui est des hommes, Von Sydow [67] a affirmé qu'ils rapportent en général plus d'orgasmes que les femmes.

Plaisir sexuel

Peu de données existent sur le plaisir sexuel en période postnatale, mais l'étude quantitative d'Hipp et al. [63] auprès de 304 femmes a rapporté que ces dernières ont plus de plaisir avec la masturbation qu'avec le coït ou le cunnilingus. Les hommes, pour leur part, ont plus de plaisir avec le coït [85] et ont en général plus de plaisir que les femmes envers toutes les activités sexuelles, sauf pour la tendresse [67].

Satisfaction sexuelle et qualité de la vie sexuelle

Tout comme pendant la grossesse, l'insatisfaction sexuelle en période postnatale est répandue [25,29,32,41,49,51,66,84], surtout chez les hommes [38,51,85]. Pour sa

part, la qualité de la vie sexuelle en période postnatale constitue une variable avec opinions mitigées : d'un côté, certains couples vivent une amélioration et de l'autre, certains couples ont noté une détérioration, avec au milieu une stabilité pour certains couples [25,36,47,69].

Fonction sexuelle

Comme dans le cas de la grossesse, la fonction sexuelle féminine a majoritairement été mesurée grâce au Female Sexual Function Index (FSFI). Suivant le déclin général vécu lors de la grossesse, la fonction sexuelle reste toujours basse en période postnatale pour une majorité de femmes [58,81], mais s'améliore avec le temps [41,72]. Pour ce qui est des hommes, la fonction sexuelle est tantôt vue en déclin en période postnatale [38], tantôt aucunement affectée [85].

Problèmes et dysfonctions d'ordre sexuel

Bien que l'étude de Witting et al. [86] auprès de 2081 individus ait affirmé que la grossesse n'est pas nécessairement associée à une augmentation des problèmes sexuels, plusieurs recherches ont démontré une présence accrue des problèmes sexuels chez la femme, surtout dans les premiers mois après l'accouchement [23,66,69,75,81,84], les pourcentages variant entre 22,2 % et 65 % [42,75,81]. Plus précisément, un haut niveau de problèmes sexuels est présent dans les trois premiers mois [43], variant entre 70,59 % et 83 % [23,69,84]. À six mois postnatal, les problèmes sexuels sont encore largement présents, bien qu'en taux inférieurs (51 % à 64 %) [23,43,69,84]. Pour plusieurs, les taux ne reviennent pas aux taux d'avant-grossesse [23,69].

La dyspareunie et/ou la douleur lors du coït constitue le problème sexuel le plus courant chez les femmes [23], variant entre 7 % et 62,5 % [21,24,25,32,75,84,87] ; les taux à trois mois et à six mois postnatal, respectivement, varient entre 30 % et 62 % [17,69,70] et entre 17 % et 31 % [29,69,70]. Différents facteurs sont associés à la présence de la dyspareunie, dont l'allaitement [29,69,70,83] et l'expérience antérieure de dyspareunie [69,84]. Le type d'accouchement a aussi été soulevé par plusieurs études, mais les résultats vont dans tous les sens, sans offrir un consensus : la dyspareunie serait pire chez les femmes ayant vécu un accouchement par voie vaginale [17,22,69,79], un accouchement vaginal assisté [19,79], une césarienne [87], un accouchement avec épisiotomie [17] ou avec un traumatisme du périnée [29,30,84].

Seule l'étude d'Oboro et de Tabowei [84] a chiffré les autres problèmes sexuels des femmes à trois mois et à six mois postnatal, respectivement : manque de désir sexuel pour 40 % et 26 % ; manque de lubrification vaginale pour 29 % et 13 % ; manque de tonus vaginal pour 17 % et 10 % ; resserrement vaginal (« vaginal tightness ») pour 21 % et 11 % ; difficulté à atteindre l'orgasme pour 27 % et 15 % ; et irritations et/ou saignements après le coït pour 9 % et 6 %. Le manque de lubrification vaginale a aussi été noté par d'autres études [25,66], ainsi que les irritations et saignements après le coït (15,6 %) [57] et le relâchement vaginal [65].

Seule l'étude quantitative de Gungor et al. [85] auprès de 107 hommes a fait le portrait des problèmes sexuels ces derniers : 26,2 % ont une dysfonction sexuelle générale, et,

spécifiquement, 49,5 % souffrent d'éjaculation précoce et 23,4 % de dysfonction érectile.

Contraception

La contraception en période postnatale est un enjeu important pour les nouveaux parents pour éviter une nouvelle grossesse trop rapide [34]. Les condoms (6 % à 43 %) et la contraception hormonale par voie orale (9,6 % à 45 %) sont les moyens les plus utilisés [42,69,74,78].

Autres

Woolhouse et al. [37] ont identifié plusieurs femmes ayant dit que le rôle de femmes n'était pas sexy et que devenir une mère avait eu un impact négatif sur leur vie sexuelle. En outre, l'un des 4 thèmes développés par les pères par MacAdam et al. [59] concerne le développement d'une nouvelle forme de proximité dans le couple, notamment dû à la non-existence de la sexualité juste après l'accouchement, généralement considérée naturelle et normale par les hommes. Toutefois, toujours selon cette étude, certains hommes ont témoigné que cela reste quand même difficile d'accepter l'absence complète de sexualité chez la partenaire et certains se sentent jaloux et abandonnés et doivent parfois compétitionner avec le bébé pour avoir de l'attention. Malgré tout, tous les pères accordent une grande importance au maintien quotidien de leur relation et à la communication dans le couple [59].

Sexualité et allaitement

Impact de l'allaitement sur la sexualité

Dans leur étude mixte auprès de 576 femmes qui allaitent, Avery et al. [60] ont noté que 12,4 % considèrent que l'allaitement interfère avec la sexualité, causant un problème mineur ; 3,2 % considèrent le problème majeur. Selon les mêmes auteurs, 45,3 % des femmes allaitant ont rapporté que l'allaitement a interféré avec leurs relations sexuelles en général. De son côté, Sauvestre-Foucalt [25] a chiffré à 43 % des femmes qui considèrent que l'allaitement a eu un impact sur la reprise de la sexualité postnatale. Des impacts négatifs précis de l'allaitement sur la sexualité ont aussi été exposés par plusieurs, incluant des impacts négatifs sur le désir sexuel [32,36,51,60], sur la fréquence sexuelle et sur le coït [51,60], sur la lubrification [25,60], sur la satisfaction sexuelle [51], sur le sentiment de désirabilité de la femme [60] et sur l'importance perçue de la sexualité [32]. L'impact négatif sur l'image corporelle a également été signalé en ce qui concerne la forme et la grosseur des seins [60,88] ainsi qu'en matière de sensibilité [25,60]. De Montigny et al. [36], pour leur part, ont affirmé que certaines femmes qui allaitent se disent comblées par la relation créée avec le bébé lors de l'allaitement, faisant en sorte que les hommes se sentent exclus, influençant par le fait même négativement la vie de couple. Les mêmes auteurs ont rapporté que plusieurs hommes modifient leur rapport au corps de leur conjointe pendant l'allaitement, ce dernier devenant alors le corps d'une mère, ce qui les freinent sexuellement.

Expériences sensuelles et érotiques

Seule l'étude d'Avery et al. [60] a soulevé que l'excitation sexuelle pendant l'allaitement était plus fréquente pour

16,7 %, était rarement présente pour 23,7 % et n'était jamais présente pour 59,4 %.

Rôles et conflit de rôles avec les seins

Pour certaines femmes, mais aussi pour certains partenaires, il est difficile de concilier les deux rôles des seins, soit nourricier et sexuel [36,60]. Pour Ahn et al. [88], toutes les femmes qui allaitent considèrent que la fonction nourricière est temporairement plus importante que la fonction sexuelle. Celles qui sont du même avis dans l'étude de Montigny et al. [36] ont affirmé qu'elles en restreignaient l'accès au partenaire ; le sevrage sert alors de moment de réappropriation des seins comme objet sexuel pour le couple.

Réflexe d'éjection

Salim et al. [30] ont noté un inconfort chez certaines femmes par rapport à l'éjection de lait lors des activités sexuelles. Dans l'étude d'Avery et al. [60], 47,5 % des femmes trouvent que cela leur coupe l'envie sexuelle (« turn-off ») et 9,8 % trouvent que ce phénomène stimule leur excitation sexuelle (« turn-on ») ; quand ces mêmes femmes sont questionnées sur leur perception de leur partenaire par rapport au même phénomène, 28,5 % pensent que cela leur coupe l'envie sexuelle et 21,4 % pensent que cela stimule leur envie.

Discussion

Retour sur les résultats

Tout comme dans le cas de la sexualité pendant la grossesse, la sexualité pendant le travail et l'accouchement, pendant la période postnatale ainsi que pendant l'allaitement rassemblent des expériences diversifiées et variables en fonction des individus et des couples. Les données sont parfois contradictoires ou possèdent des plages très étendues, ce qui limite l'élaboration de consensus précis. Malgré tout, cette diversité d'expériences est typique à l'expérience sexopérinatale générale où une panoplie de réalités se côtoient, chacune de ces réalités intimes et sexuelles étant influencée simultanément et à divers degrés par plusieurs facteurs biologiques, psychologiques et socioculturels. Les expériences sexuelles pendant le travail et l'accouchement, en période postnatale et lors de l'allaitement sont variées et uniques, tantôt positives, tantôt négatives, tantôt inchangées et tantôt mixtes. Chaque individu et chaque couple vivent et interprètent les changements d'une manière unique.

Malgré tout, certains éléments récurrents parmi les diverses expériences peuvent être identifiés. Un moment relativement inactif de sexualité est vécu dans les premiers mois suivant l'accouchement pour une majorité, voire tous les couples, le tout suivi d'une reprise graduelle de la sexualité s'amorçant dans les trois à six mois postnatals et se poursuivant jusqu'à 12 mois, sans toutefois nécessairement revenir au niveau d'avant la grossesse dans la première année postnatale. Certaines variables font évidemment exception, mais la plupart suivent cette tendance, que ce soit la fréquence du coït et des autres comportements et activités d'ordre sexuel, le désir sexuel, l'importance de la sexualité, l'excitation sexuelle, la satisfaction sexuelle,

l'orgasme, le plaisir sexuel et la fonction sexuelle. Pour leur part, les dysfonctions sexuelles s'amenuisent avec le temps, mais peuvent rester relativement élevées pendant la première année postnatale, différant alors le retour normal à la sexualité pour plusieurs couples. Pour ce qui est de la reprise du coït, elle est très variable, mais une tendance se dessine entre six et huit semaines après l'accouchement, correspondant à la recommandation occidentale typique faite par les professionnels de la santé et coïncidant la plupart du temps avec la rencontre médicale postnatale [9]. Enfin, la contraception revêt une certaine importance dans l'expérience sexuelle, variable qui avait été mise de côté pendant neuf mois et qui demande maintenant une nouvelle considération.

La sexualité pendant le travail et l'accouchement reste encore de nos jours un sujet tabou dont peu de chercheurs parlent et encore moins l'étudient. Pourtant, des effets positifs de la sexualité sur l'accouchement, particulièrement en fin de grossesse, ont été démontrés. Malgré tout, le travail et l'accouchement sont constitués, selon la littérature existante, de deux pôles distincts et complètement opposés sur le continuum d'expérience sexuelle : d'un côté certaines femmes ont des expériences sensuelles et érotiques lors de l'accouchement, et de l'autre, certaines femmes et hommes vivent un traumatisme relié à la naissance. Entre les deux, l'inconnu prime.

Dans le même ordre d'idées, la sexualité pendant l'allaitement revêt aussi un caractère tabou pour plusieurs, particulièrement en ce qui concerne les expériences sensuelles et érotiques possibles lors de l'allaitement. En général, l'allaitement a un impact plutôt négatif sur la sexualité des femmes, que ce soit en matière de désir, de fréquence, de lubrification et d'image corporelle. Les conflits avec les rôles des seins sont fréquents, chez la femme et chez l'homme, et le réflexe d'éjection se produisant lors des relations sexuelles reçoit une réponse ambivalente des couples.

Comme dans le cas de la sexualité prénatale, les femmes semblent particulièrement affectées par un plus grand nombre de changements d'ordre intime et sexuel pendant le travail et l'accouchement, pendant la période postnatale et pendant l'allaitement. Toutefois, les hommes en vivent également, mais comme ils sont sous-représentés dans les études sur la sexopérinatalité, leur portrait sexuel reste incomplet et ils semblent donc moins affectés, même si la réalité est tout autre. L'intimité et la sexualité sont d'abord et avant tout des composantes individuelles, mais dans le contexte sexopérinatal, elles sont d'emblée et simultanément des composantes de couple ; chaque individu vit ses propres changements uniques, mais le couple en tant que tel en vit aussi. Par le fait même, s'adapter aux fluctuations sexuelles périnatales constitue à la fois une tâche individuelle et une tâche de couple ; l'homme fait donc partie intégrante des changements et mériterait plus d'attention.

La sexualité pendant le travail et l'accouchement, la sexualité postnatale et la sexualité pendant l'allaitement sont toutes trois influencées simultanément par une multitude de facteurs physiologiques et psychologiques vécus par les couples parentaux. L'expérience de l'accouchement est un facteur pivot : les facteurs physiologiques et

psychologiques entravant la sexualité pendant et après l'accouchement sont majoritairement reliés au vécu, aux suites et aux effets de l'accouchement en fonction du type d'accouchement et de la présence de lacérations/déchirures. Les peurs et anxiétés constituent aussi d'importants obstacles à la sexualité et sont très fréquentes en période postnatale et ce, chez les femmes et chez les hommes. Ces peurs irrationnelles ralentissent significativement les comportements sexuels, même si leurs bases scientifiques restent à questionner. En postnatal, elles relèvent davantage de la condition de physique de la femme (douleur, cicatrisation), facteur encore une fois dépendant de l'expérience d'accouchement. Un autre facteur crucial brimant souvent la sexualité postnatale est la présence de dépression chez la femme, mais aussi chez l'homme. Enfin, la distorsion de l'image corporelle chez les femmes en postnatal, affectant directement le sentiment de désirabilité, est aussi un obstacle majeur à la sexualité, les femmes faisant face à un corps changé qu'il faut redécouvrir et sur lequel il faut reprendre un certain contrôle, ce qui peut prendre du temps.

La transition à la parentalité est clairement une période vulnérable pour l'intimité et la sexualité des couples, mais également pour la relation de couple en tant que telle [1,4,7]. La relation de couple et la sexualité périnatale sont interdépendantes : comme la sexualité vit une période de vulnérabilité importante, la relation du couple parental en vit une également. Certains couples ne retrouvent pas une sexualité comme celle d'avant la grossesse, ce qui peut avoir un impact crucial sur leur relation de couple à court, moyen et long terme. L'état de la relation de couple est ambivalente pendant la période postnatale, certains couples se rapprochant, d'autres s'éloignant et il est essentiel de considérer l'intimité et la sexualité comme un des déterminants importants de la santé, du bien-être, du bonheur, de la connexion et de la survie du couple. Lors de la transition à la parentalité, les couples doivent endosser et gérer un nouveau rôle psycho-sociosexuel, celui de parent, rôle qui vient s'ajouter aux deux rôles déjà présents, ceux de partenaire conjugal et de partenaire sexuel. Pour favoriser ultimement l'arrivée d'un nouveau membre de la famille, le bébé, le rôle de parent prend alors toute la place et tend à minimiser l'attention et l'importance accordées aux deux autres rôles. Ce déséquilibre temporaire des rôles est important à considérer et les couples parentaux doivent apprendre à gérer et à intégrer le nouveau rôle de parent, tout en restant conscients et proactifs envers les deux autres rôles. Le couple est la base de la famille et l'intimité et la sexualité sont un des piliers du couple ; favoriser ces deux dernières composantes est vital pour vivre une saine transition à la parentalité positive.

La transition à la parentalité amène d'importantes fluctuations intimes et sexuelles chez les couples parentaux, mais le phénomène ne doit pas être alarmant. La diminution de l'expression sexuelle est un phénomène naturel pendant cette transition ; c'est un phénomène temporel et temporaire qui demande une adaptation de la part de chacun des individus et du couple en tant que tel. Cette bulle de fluctuations sexuelles doit être perçue comme naturelle, temporaire et transitoire, permettant l'atteinte d'une autre phase de vie.

Forces et limites

La partie 1 de cet article aborde les différentes forces et limites de cet examen de portée.

Implications

En fonction des données rassemblées ici, plusieurs implications au plan de la pratique, de la formation et de la recherche peuvent être mises en lumière. D'abord, il est clair que les professionnels de la santé doivent sensibiliser, informer et offrir du soutien aux couples en matière de sexualité pendant et après la grossesse, sans oublier de normaliser le vécu (pour rassurer de la normalité et de la non-permanence des changements vécus). La sexualité devrait même faire partie intégrante des soins de routine pendant et après la grossesse. Les couples parentaux qui vivent des fluctuations et des changements au plan intime et sexuel doivent bénéficier de services sexopérinataux pour qu'ils puissent traverser la transition à la parentalité d'une façon saine et positive, favorisant alors l'avenir et le bien-être de leur intimité, de leur sexualité, de leur couple et par extension, de leur famille et de la société. Renforcer la sensibilisation et l'éducation des futurs et nouveaux parents envers les divers changements sexuels possibles en période périnatale est une prémisse fondamentale qui ne peut que faciliter la transition à la parentalité. Les rassurer et normaliser leurs expériences peuvent enlever de la pression et de l'angoisse inutiles qu'ils vivent.

Au niveau de la formation, tous les professionnels de la santé impliqués en périnatalité pourraient bénéficier d'une formation accrue en matière de sexualité, que ce soit pendant leur formation de base, avancée ou continue en milieu de travail. Ces professionnels, des médecins de famille aux obstétriciens-gynécologues, en passant par les infirmières, les sages-femmes et les éducateurs périnataux (doulas, accompagnantes à la naissance, consultants en cours prénataux, etc.), doivent être sensibilisés et formés le plus rapidement en matière de sexopérinatalité pour pouvoir mieux répondre aux besoins de leurs patients. Les compétences pour identifier les couples les plus à risque et les plus vulnérables doivent aussi être développées. Les professionnels de la santé doivent aussi avoir l'occasion de mettre en pratique leurs habiletés et compétences dans le domaine, et ce, dès le début de leur formation.

Au niveau de la recherche, il est évident que les études sur la sexopérinatalité doivent continuer, comme l'ont laissé entendre plusieurs recherches précédentes, pour développer un portrait plus complet de l'expérience sexopérinatale. Des outils devraient être spécifiquement développés pour évaluer la sexopérinatalité et les outils utilisés pour l'évaluer devraient être standardisés; il est important, dans cette ère de rigueur méthodologique, de développer ou d'utiliser des questionnaires établis avec des propriétés psychométriques validées et fiables pour faciliter la comparaison entre les résultats et entre les études. De plus, davantage de variables doivent être explorées; il ne faut pas seulement mettre l'accent sur le coût et sur le désir sexuel, mais bien élargir la vision de la sexualité qui est, après tout, un concept beaucoup plus large et intégrateur de plusieurs variables qui, additionnées

les unes aux autres, forment un portrait encore plus complet de l'expérience sexopérinatale des futurs et nouveaux parents. Certaines variables sexuelles méritent plus de recherches, considérant le manque de données sur ces dernières ou la présence de contradictions encore inhérentes. Aussi, il est nécessaire de mettre plus d'accent sur les hommes, qui sont largement sous-représentés dans les échantillons et de développer plus d'études sur les couples pour mieux comprendre et comparer les perceptions et expériences de chaque sexe. Une attention particulière doit également être portée aux influences culturelles, religieuses et spirituelles, mais aussi aux autres déterminants de la santé qui peuvent influencer l'expérience sexopérinatale (statut social, conditions socioéconomiques, conditions environnementales). Enfin, davantage de recherches avec méthodes mixtes seraient appropriées dans l'avenir et plus d'ancrages théoriques devraient être développés pour mieux comprendre le phénomène multidimensionnel qu'est la sexopérinatalité. Les recherches sur les autres types de couples que ceux hétérosexuels (mères lesbiennes, mères porteuses, couples transgenres, couples bisexuels) devraient aussi être développées pour mieux répondre aux tendances contemporaines de diversification des couples, tout comme celles sur les grossesses à risque et celles concernant les techniques de procréation assistée, qui sont très peu documentées en matière de sexualité.

Conclusion

La sexualité pendant le travail et l'accouchement, la sexualité postnatale et la sexualité pendant l'allaitement forment toutes trois la suite du continuum de la sexualité périnatale, après la sexualité pendant la grossesse. Lors de ces trois phases, l'intimité et la sexualité des couples parentaux fluctuent et changent sous la pression de nombreux facteurs physiologiques et psychologiques multidimensionnels simultanés, poussant les couples à s'adapter et à changer leurs pratiques et leurs attitudes en matière de sexualité. Les expériences sexopérinatales sont diversifiées et uniques à chaque individu et à chaque couple, mais certaines tendances générales confirment que l'intimité et la sexualité tendent à diminuer après l'accouchement, pour reprendre graduellement au cours de la première année postnatale.

La sexualité périnatale doit faire partie du suivi holistique des soins de santé périnataux afin de favoriser le maintien d'une relation positive en matière d'intimité et de sexualité chez les couples parentaux [1,4,8,9,59,68,80,89–92], le tout dans une perspective de bien-être sexuel général, mais aussi dans une optique de promotion de la santé et de bien-être du couple, de l'enfant, de la famille et de la société [4,45,46,54,87,92].

Déclaration de liens d'intérêts

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

Remerciements

Bourse d'admission et d'excellence de l'université d'Ottawa; bourse du Réseau de recherche appliquée

sur la santé des francophones de l'Ontario (RRASFO); bourses d'études supérieures de l'Ontario (BÉSO); bourse de l'institut de recherche de l'hôpital Montfort (IRHM); bourse de Consortium national de formation en santé (CNFS).

Références

- [1] de Pierrepont C, Polomeno V. Rôle du périnatosexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. *Gynecol Obstet Fert* 2014;42:507–14.
- [2] Polomeno V. Family health promotion from the couple's perspective, part 1: documenting the need. *Int J Childbirth Educ* 1999;14:8–12.
- [3] Polomeno V. Sex and pregnancy: a perinatal educators' guide. *J Perinat Educ* 2000;9:15–27.
- [4] Polomeno V. The Polomeno family intervention framework for perinatal education: preparing couples for the transition to parenthood. *J Perinat Educ* 2000;9:31–48.
- [5] Polomeno V. Marriage in the transition to parenthood: how can perinatal education help? Or can it? *Int J Childbirth Educ* 2007;22:21–9.
- [6] Polomeno V. Let's talk about sex: an evolving research program in perinatal sexuality. *Int J Res Nurs* 2010;1:39–56.
- [7] Polomeno V. A couples approach to the teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood. *Int J Childbirth Educ* 2014;29:78–85.
- [8] Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, et al. Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med* 2010;7:2782–90.
- [9] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999;47:27–49.
- [10] Atrian MK, Sadat Z, Bidgoly MR, Abbaszadeh F, Jafarabadi MA. The association of sexual intercourse during pregnancy with labor onset. *Iran Red Crescent Med J* 2015;17:e16465.
- [11] Foumane P, Mboudou ET, Sama JD, Baba S, Mbatsogo BAE, Ngwana L. Sexual activity during pregnancy and prognosis of labor in Cameroonian women: a cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014;27:1305–8.
- [12] Harel D [Thèse] Sexual experiences of women during childbirth. États-Unis: The Institute for Advanced Study of Human Sexuality; 2007.
- [13] Beck CT. Birth trauma – In the eye of the beholder. *Nurs Res* 2004;53:28–35.
- [14] White G. You cope by breaking down in private: fathers and PTSD following childbirth. *Br J Midwifery* 2007;15:39–45.
- [15] Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J* 2007;18:401–6.
- [16] Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol* 2011;2011:1–6.
- [17] Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, Gauthier R. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and caesarean births. *JOGC* 2005;27:313–20.
- [18] Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual function during the postpartum period. *J Med Assoc Thailand* 2007;90:1744–8.
- [19] Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth* 2005;32:306–11.
- [20] Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Ozcakil HT, Kizilkaya S, Caglar H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;88:276–80.
- [21] Botros SM, Abramov Y, Miller JJR, Sand PK, Gandhi S, Nickolov A, et al. Effect of parity on sexual function – An identical twin study. *Obstet Gynecol* 2006;107:765–70.
- [22] Klein K, Worda C, Leipold H, Gruber C, Husslein P, Wenzl R. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *J Womens Health* 2009;18:1227–31.
- [23] Wang HY, Xu XY, Yao ZW, Zhou Q. Impact of delivery types on women's postpartum sexual health. *Reprod Contracept* 2003;14:237–42.
- [24] Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly AM, Moalli P, Brown MB, et al. Sexual function 6 months after first delivery. *Obstet Gynecol* 2008;111:1040–4.
- [25] Sauvestre-Foucault C [thèse] Sexualité du post-partum – Évaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels. Paris, France: Université de Paris Descartes; 2011.
- [26] Brummen HJ, Bruinse HW, van de Pol G, Heintz APM, van der Vaart CH. Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG* 2006;113:914–8.
- [27] Mous M, Muller SA, Leeuw JW. Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery: faecal incontinence and sexual complaints. *BJOG* 2008;115:234–8.
- [28] Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *J Midwifery Womens Health* 2009;54:98–103.
- [29] Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:881–90.
- [30] Salim NR, Araujo NM, Gualda DMR. Body and sexuality: Puerperas' experiences. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010;18:732–9.
- [31] Pastore L, Owens A, Colleen L. Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one US academic hospital. *J Sex Med* 2007;4:115–23.
- [32] Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2006;46:282–7.
- [33] Ahlborg T, Strandmark M. The baby was the focus of attention – First-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scand J Caring Sci* 2001;15:318–25.
- [34] Cronin C. First-time mothers – Identifying their needs, perceptions and experiences. *J Clin Nurs* 2003;12:260–7.
- [35] Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008;8:1–11.
- [36] de Montigny F, de Montigny Gauthier P, Dennie-Fillion E. La sexualité après la naissance et en contexte d'allaitement maternel: l'expérience des mères et des pères. In: Bayard C, Chouinard C, editors. *La promotion de l'allaitement au Québec – Regards critiques*. Montréal, Québec, Canada: Remue-Ménage; 2014. p. 137–58.
- [37] Woolhouse H, McDonald E, Brown S. Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: making the adjustment to motherhood. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2012;33:185–90.
- [38] Condon JT, Boyce P, Corkindale J. The first-time fathers' study: a prospective study of the mental health and well-being of men during the transition to parenthood. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:56–64.
- [39] Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E. Women's thoughts about sexual life after child-birth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Caring Sci* 2005;19:381–7.
- [40] Choi P, Henshaw C, Baker S, Tree J. Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. *J Reprod Infant Psych* 2005;23:167–80.
- [41] Chang SR, Chang TC, Chen KH, Lin HH. Sexual function in women 3 days and 6 weeks after childbirth: a prospective

- longitudinal study using the Taiwan version of the Female Sexual Function Index. *J Sex Med* 2010;7:3946–56.
- [42] Chivers ML, Pittini R, Grigoriadis S, Villegas L, Ross LE. The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: a pilot study. *J Sex Med* 2011;8:792–9.
- [43] Morof D, Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Postnatal depression and sexual health after childbirth. *Obstet Gynecol* 2003;102:1318–25.
- [44] Moel JE, Buttner MM, O'Hara MW, Stuart S, Gorman L. Sexual function in the postpartum period: effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. *Arch Womens Ment Health* 2010;13:495–504.
- [45] de Montigny F, Girard ME, Lacharité C, Dubeau D, Devault A. Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *J Affect Disorders* 2013;150:44–9.
- [46] de Montigny F, Lacharité C. Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *JOGNN* 2004;33:328–39.
- [47] Dixon M, Booth N, Powell R. Sex and relationships following childbirth: a first report from general practice of 131 couples. *Br J Gen Pract* 2000;50:223–4.
- [48] Doss BD, Rhoades GK, Stanley SM, Markman HJ. The effect of the transition to parenthood on relationship quality: an 8-year prospective study. *J Pers Soc Psychol* 2009;96:601–19.
- [49] De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002;39:94–103.
- [50] Shapiro AF, Gottman JM, Carrère S. The baby and the marriage: identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *J Fam Psychol* 2000;14:59–70.
- [51] Ahlborg T, Dahlof LG, Hallberg LRM. Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *J Sex Res* 2005;42:167–74.
- [52] Knauth DG. Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Res Nurs Health* 2000;23:496–509.
- [53] Ahlborg T, Strandmark M, Dahlöf LG. First-time parents' sexual relationships. *Scand J Sexol* 2000;3:127–39.
- [54] de Montigny F, Lacharité C, Amyot É. The transition to fatherhood: the role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texte Contexte Enfermagem* 2006;15:601–9.
- [55] Ali MM, Cleland JG. The link between postnatal abstinence and extramarital sex in Côte d'Ivoire. *Stud Fam Plann* 2001;32:214–9.
- [56] Lawoyin TO, Larsen U. Male sexual behaviour during wife's pregnancy and postpartum abstinence period in Oyo State, Nigeria. *J Biosoc Sci* 2002;34:51–63.
- [57] Mickelson KD, Joseph JA. Postpartum body satisfaction and intimacy in first-time parents. *Sex Roles* 2012;67:300–10.
- [58] Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image: a prospective study. *J Sex Med* 2008;5:1915–22.
- [59] MacAdam R, Huuva E, Berterö C. Fathers' experiences after having a child: sexuality becomes tailored according to circumstances. *Midwifery* 2011;27:e149–55.
- [60] Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health* 2000;45:227–37.
- [61] Hansson M, Ahlborg T. Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents – A longitudinal study. *Sex Reprod Healthc* 2012;3:21–9.
- [62] Von Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: results from the sexual preferences Questionnaire. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2001;22:29–40.
- [63] Hipp LE, Low LK, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J Sex Med* 2012;9:2330–41.
- [64] van Anders SM, Hipp LE, Low LK. Exploring co-parent experiences of sexuality in the first 3 months after birth. *J Sex Med* 2013;10:1988–99.
- [65] Makki M, Yazdi N. Sexual dysfunction during primiparous and multiparous women following vaginal delivery. *Tanzan J Health Res* 2012;14:1–8.
- [66] Rathfisch G, Dikencik BK, Beji NK, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs* 2010;66:2640–9.
- [67] Von Sydow K. Sexual enjoyment and orgasm postpartum: sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2002;23:147–55.
- [68] Alteneder RR, Hartzell D. Addressing the couples' sexuality concerns during childbearing period: use of the PLISSIT model. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997;26:651–8.
- [69] Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 2000;107:186–95.
- [70] Connolly AM, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J* 2005;16:263–7.
- [71] Faisal-Cury A, Huang H, Chan YF, Menezes PR. The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *J Sex Med* 2013;10:1343–9.
- [72] Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet* 2013;288:785–92.
- [73] McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG* 2013;120:823–30.
- [74] Ndugwa RP, Cleland J, Madise NJ, Fotso JC, Zulu EM. Menstrual pattern, sexual behaviors, and contraceptive use among postpartum women in Nairobi urban slums. *J Urban Health* 2011;88:5341–55.
- [75] Odar E, Wandabwa J, Kiondo P. Sexual practices of women within 6 months of childbirth in Mulago hospital, Uganda. *Afr Health Sci* 2003;3:117–23.
- [76] Radestad I, Olsson A, Nissen E, Rubertsson C. Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: a nationwide follow-up. *Birth* 2008;35:98–106.
- [77] Reichenbach S, Alla F, Lorson J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse: une étude pilote portant sur 72 hommes. *Sexologies* 2001;11:1–6.
- [78] Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately postpartum. *Can Fam Phys* 2005;51:1367.
- [79] Safarinejad MR, Kohali AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med* 2009;6:1645–67.
- [80] Williamson M, McVeigh C, Baafi M. An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery* 2008;24:99–107.
- [81] Yildiz H. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *J Sex Marital Ther* 2015;41:49–59.
- [82] Desgrées-du-Loû A, Brou H. Resumption of sexual relations following childbirth: norms, practices and reproductive health issues in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Reprod Health Matters* 2005;13:155–63.
- [83] Khajehei M, Ziyadlou S, Safari RM, Tabatabaee HR, Kashefi F. A comparison of sexual outcomes in primiparous women

- experiencing vaginal and caesarean births. *Indian J Community Med* 2009;34:126–30.
- [84] Oboro VO, Tabowei TO. Sexual function after childbirth in Nigerian women. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;78:249–50.
- [85] Gungor S, Baser I, Ceyhan T, Karasahin E, Kilic S. Does mode of delivery affect sexual functioning of the man partner? *J Sex Med* 2008;5:155–63.
- [86] Witting K, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Jern P, Johansson A, et al. Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2008;34:89–106.
- [87] Cappell JP [thèse] A biopsychosocial approach to persistent postpartum pain and postpartum sexual function. Kingston, Canada: Queen University; 2014.
- [88] Ahn Y, Sohn M, Yoo E. Breast functions perceived by Korean mothers: infant nutrition and female sexuality. *West J Nurs Res* 2010;32:363–78.
- [89] Allen L, Fountain L. Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes. *J Perinat Educ* 2007;16:32–6.
- [90] Bitzer J, Alder J. Sexuality during pregnancy and the postpartum period. *J Sex Educ Ther* 2000;25:49–58.
- [91] Foux R. Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. *Sex Relation Ther* 2008;23:271–7.
- [92] Polomeno V, Dubeau D. La sexopérinatalité: où en sommes-nous? *Infirm Clin* 2009;6:20–4.