

Favoriser la santé sexuelle postnatale des couples lors d'un suivi avec sage-femme

Promoting the Sexual Health of Couples During Postnatal Follow-up with Midwife

par Danielle Beauséjour, SF et Josée Lafrance, SF, MSc

RÉSUMÉ

Un nombre important de nouveaux parents se séparent au cours des premières années suivant la naissance de leur enfant. Les bouleversements rencontrés dans la transition vers la parentalité représentent de réels défis d'adaptation pour les couples et menacent parfois la qualité de l'intimité entre les partenaires. Aborder le sujet de la sexualité avec les couples pendant le suivi de grossesse, les aider à anticiper les difficultés sexuelles associées au postpartum et à l'allaitement et les inviter à prendre soin de leur santé sexuelle à travers toute la période périnatale pourrait être bénéfique pour la stabilité des familles. Dans le contexte d'un suivi périnatal avec sage-femme, quelques outils d'information et de réflexion sont proposés ici pour favoriser la santé sexuelle postnatale.

MOTS-CLÉS

Sexualité, période postnatale, primiparité, pratique sage-femme

ABSTRACT

Many new parents separate during the first years following the birth of their child. Changes encountered by couples in the transition to parenthood bring important adaptation challenges and threaten the quality of intimacy between partners. Initiating discussion about sexuality with the parents-to-be during pregnancy, helping them to anticipate sexual difficulties associated with the postpartum and breastfeeding periods and inviting them to take care of their sexual health during the whole perinatal period could strengthen family stability. Pertaining particularly to midwives, this article offers information and reflection tools to enhance postnatal sexual health.

KEYWORDS

Sexuality, postpartum, primiparity, midwifery

Cet article provient d'un travail faisant partie d'une des exigences du cours SAG1015 *Activité de synthèse en pratique sage-femme* du Baccalauréat en pratique sage-femme de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

This article was originally written as part of the requirements for course SAG1015 *Synthesis of Midwifery in the Bachelor of Midwifery* program at the University of Quebec at Trois-Rivieres.

INTRODUCTION

La naissance d'un premier enfant entraîne un grand bouleversement dans la vie des couples. Dix-huit pourcent des nouveaux parents divorcent à l'intérieur des quatre premières années suivant la naissance de leur premier enfant.¹ La transition vers la parentalité est une période de profonde transformation et exige une extraordinaire capacité d'adaptation pour l'homme, pour la femme et forcément pour le couple. Les sages-femmes, soucieuses de soutenir la santé globale des familles naissantes, jouent un rôle d'accompagnement auprès des couples dans la sphère très intime de leur vie qu'est la sexualité, notamment pour ce qui est des bouleversements postnatals. Afin que les sages-femmes puissent favoriser la santé sexuelle postnatale de leur clientèle, cet article vise à répondre aux questions suivantes : Quelles sont les difficultés sexuelles les plus souvent rencontrées en postpartum ? Quels sont les besoins exprimés par les couples par rapport à leur santé sexuelle durant la période postnatale ? Quel rôle jouent ou devraient jouer les professionnels de la santé en périnatalité pour répondre à ces besoins. Comment la sage-femme peut outiller les nouveaux parents face aux défis rencontrés durant la transition vers la parentalité ? Pour se faire, il s'appuie sur une revue de la littérature de 1996 à 2010, portant sur le vécu sexuel des couples durant la période postnatale. Les écrits inclus dans cette revue se limitent à ceux dont les populations étaient composées de couples hétérosexuels en santé dans un contexte d'allaitement maternel et interrogés au cours des 12 mois suivant la naissance d'un premier enfant né à terme et en santé.

Santé sexuelle postnatale

L'Organisation mondiale de la santé affirme que la sexualité est un aspect central de la personne tout le long de sa vie et comprend l'appartenance sexuelle, l'identité sexuelle et les rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction.¹ La santé sexuelle est le processus qui consiste à procurer aux personnes, aux couples, aux familles et aux collectivités les renseignements, la motivation et les habiletés comportementales nécessaires pour améliorer l'épanouissement sexuel et pour éviter les problèmes d'ordre sexuel.²

La sexopérinatalité, porte sur l'intimité du couple parental. Ce domaine des soins périnataux s'est grandement développé depuis une vingtaine d'années. Professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa, Viola Polomeno¹ s'intéresse aux défis que rencontrent les couples en transition vers la parentalité. Elle souligne l'importance de la bonne entente sexuelle dans la stabilité des familles. D'après ses travaux, les professionnels de la santé auraient un rôle important à jouer dans la prévention des divorces et séparations, notamment en aidant les couples à se préparer aux difficultés de la période postnatale. Madame Polomeno déplore que l'essentiel des cours prénataux soit axé sur un événement qui ne dure que quelques heures, le travail et l'accouchement, et qu'on ne mette pas davantage l'emphase sur les questions qui affectent le couple pour toute la vie, comme les habiletés de communication et de gestion de conflits ainsi que les stratégies pour entretenir une relation intime saine et épanouissante.

La sexualité maternelle postnatale peut être affectée par les changements hormonaux, l'allaitement, le niveau d'énergie, l'image corporelle, le bien-être physique, l'attitude sexuelle, l'ajustement aux changements de rôle social, la qualité de la relation avec le partenaire et les changements d'humeur.³

L'aspect physique

Le corps de la femme est anatomiquement et physiologiquement transformé par l'accouchement. L'involution utérine se complète en quatre à six semaines, le col se referme en deux semaines et le vagin retrouve graduellement sa forme après six à huit semaines. La guérison interne d'une plaie de césarienne peut prendre jusqu'à neuf semaines. La plupart des femmes ne ressentent plus de douleur au site d'une épisiotomie après six semaines, mais cela peut varier beaucoup selon la blessure. Des hémorroïdes ainsi que des varicosités vaginales ou vulvaires peuvent également causer inconfort et douleur.⁴ D'un point de vue gynécologique, on recommande d'attendre la fin des lochies, soit environ un mois, pour la reprise des relations sexuelles avec pénétration.⁵ En moyenne en Europe et aux États-Unis, celles-ci sont reprises entre la

sixième et la huitième semaine postpartum.⁶

L'enseignement prénatal de l'anatomie pelvienne et des exercices de Kegels permet aux femmes de conscientiser cette partie de leur corps souvent méconnue et facilite la reprise des exercices périnéaux en postpartum pour favoriser la circulation sanguine et la guérison des tissus. Au besoin, il est judicieux de référer à des physiothérapeutes ou ostéopathes qui ont développé une expertise en rééducation périnéale pour renforcer et tonifier les muscles du plancher pelvien après l'accouchement.

Selon une enquête prospective menée auprès de 316 femmes de l'Ontario interrogées lors de leur première visite postnatale chez le médecin, le mode d'accouchement et le mode d'allaitement sont des facteurs statistiquement significatifs ($p = 0,001$) de la reprise des relations sexuelles (coït) à six semaines postpartum.⁷ La majorité des femmes (70,9%) ayant accouché vaginalement et dont le périnée est intact et celles (58,2%) qui n'allaitent pas ont repris les relations sexuelles à six semaines postpartum.

Allaitement et réponse sexuelle féminine

LaMarre et al⁵ qui ont fait l'analyse de 17 études publiées entre 1984 et 2000 concluent qu'il existe un lien entre l'allaitement et la diminution du désir sexuel chez les femmes: celles qui allaitent sont plus susceptibles d'éprouver une telle diminution, comparativement à celles qui ne donnent que le biberon. Cette diminution du désir sexuel serait probablement en partie due aux faibles taux d'hormones androgènes (testostérone, androstènedione et déhydroépiandrostérone) présents chez les femmes qui allaitent. Les androgènes sont directement associés à la libido. Sous l'influence inhibitrice de la prolactine, la sécrétion ovarienne des androgènes et des œstrogènes, impliquée dans la réponse sexuelle féminine, reste basse pendant toute la lactation.⁸ Ces faibles taux d'œstrogène entraînent une diminution de la lubrification vaginale, une diminution de la vaso-congestion génitale et une atrophie de l'épithélium vaginal.⁵

L'ocytocine dont les taux sériques augmentent lors de la première minute de tétée et diminuent six

Tableau 1: Quelques ressources en sexualité humaine²⁰

Ressource	Description
CSRF : Forum canadien de recherche sur la sexualité www.csrff.ca	Le CSRF vise à encourager et à décimer de l'information sur l'enseignement, la recherche et les activités cliniques de chercheurs et de professionnels canadiens en matière de sexualité humaine.
SIECCAN : The Sex Information and Education Council of Canada www.sieccan.org	Le SIECCAN est un organisme national à but non-lucratif, visant à informer et à éduquer les professionnels et le public sur tous les aspects de la sexualité humaine, afin d'intégrer positivement la sexualité dans la vie des gens.
Guelph University's Sexual Training Program (Ontario, Canada) www.open.uoguelph.ca/sexconf/sex-therapy-program.html	Programme de formation d'une semaine intensive (39 heures) en counseling et thérapie sexuels offert annuellement en juin. Reconnu par différents organisme professionnels en tant que crédits de formation continue et par l'American Association for Marriage and Family Therapy.
AASECT (États-Unis) www.aasect.org	American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapists
The Kinsey Institute (États-Unis) www.kinseyinstitute.org/index.html	for Research in Sex, Gender, and reproduction
IASHS (États-Unis) www.iasbs.edu	The Institute for Advanced Study of Human Sexuality

minutes après la tétée⁹, procurerait de la joie et des sentiments de contentement, une diminution du stress et une relaxation générale.¹⁰ On retrouve de telles décharges d'ocytocine chez la femme pendant les relations sexuelles, notamment au moment de l'orgasme. La femme allaitante ressent peut-être moins de désir sexuel puisqu'elle retrouve dans l'allaitement des sensations de bien-être semblables à celles procurées par l'orgasme.

Une autre explication à la diminution du désir sexuel chez la femme se trouve dans la nouvelle relation qui s'installe entre elle et son bébé. Alison Bartlett⁹ dénonce le tabou qui entoure l'érotisme de l'allaitement. Elle affirme que loin de n'être qu'une question de valeur nutritive et de bienfaits médicaux, l'allaitement est une expérience corporelle qui implique d'intenses échanges physiques : contact de la peau, mains qui se serrent, étreinte et jeux, partage des corps, hormones qui pulsent, relation d'intimité émotionnelle, soin et souvent, engagement passionné.⁹ Par ailleurs elle cite Frédéric Leboyer qui, en 1974, parlait de la mère et de son nouveau-né comme de nouveaux amoureux, de vrais amoureux, qu'on ne doit pas interrompre, mais les laisser parler le langage de l'amour à travers le toucher, le silence, les cœurs battants côte-à-côte dans l'extase.⁹

L'allaitement est une nourriture pour le bébé mais aussi pour la mère. Il procure à chacun une certaine satiété sensorielle et affective qui pourrait expliquer chez la mère une baisse du désir de rapprochements physiques avec son partenaire.

Désir et image de soi

Avery, Duckett & Frantzich¹¹ ont mené une étude descriptive longitudinale prospective au Minnesota auprès de 576 femmes primipares ayant accouché à l'hôpital et allaitant leur bébé de zéro à douze mois. Ces dernières ont témoigné de leur expérience à différents niveaux pendant toute la première année de vie de leur enfant. Immédiatement après l'accouchement, la majorité des femmes (71,1%) ont déclaré accorder une grande importance à la rapidité du retour de leur désir sexuel. Puis, questionnées un mois après l'accouchement, près de la moitié de participantes (48,9%) ont témoigné d'une diminution de leur désir sexuel par rapport à

avant la grossesse. Parmi les raisons de la non reprise des rapports sexuels, les plus fréquemment évoquées étaient l'absence de désir (18,6%), la fatigue (16,8%) et la peur de la douleur (16,8%). Certaines femmes (4,8%) expliquaient ce délai par le fait de ne pas se sentir désirables.

Les hommes n'ont pas été directement interrogés dans cette étude¹¹, mais certaines questions concernaient la perception des femmes de l'attitude de leur conjoint. La majorité des femmes (60,3%) se sentaient autant désirables aux yeux de leur conjoint qu'avant la grossesse, 12,7% se sentaient moins désirables et 27,0% plus désirables. La majorité des participantes (53,8%) percevaient de façon positive le regard de leur conjoint sur les changements de leurs seins alors que seulement 35,3% des femmes appréciaient les changements de grosseur, de forme et de sensibilité de leurs seins, et que 33,3% ne les appréciaient pas et 31,3% y demeuraient indifférentes. Le réflexe d'éjection du lait pendant les relations sexuelles était un éteignoir pour 47,5% des femmes et excitant pour 9,8% d'entre elles comparativement à 28,5% qui pensaient que leur conjoint trouvait éteignoir l'éjection de lait et que 21,4% pensaient que leur conjoint trouvait cela excitant.

Pour leur part, Rowland et al⁷ ont noté que la plupart des femmes (76,6%) interrogées à un mois postpartum ne voyaient pas de problème à combiner allaitement et sexualité, alors qu'après le sevrage de leur enfant, 45,3% admettaient que l'allaitement avait interféré avec leur relation de couple.

Sexualité masculine

La littérature regorge de statistiques et d'explications sur la diminution du désir sexuel chez la femme pendant la grossesse et après l'accouchement, mais on retrouve peu de données sur ce que vivent les hommes. On accorde beaucoup d'importance au soutien procuré par le père pendant l'accouchement, de telle sorte que sa présence à l'accouchement est assumée comme allant de soi. Certains hommes sont profondément affectés par les événements de la naissance et par le fait de voir un bébé sortir du vagin de leur femme. Il leur est par la suite difficile de réconcilier l'image de leur partenaire qui accouche avec celle de leur

femme, partenaire sexuelle. La sexualité de l'homme s'en trouve perturbée ainsi que son désir de toucher sa femme et de reprendre les relations sexuelles avec elle.⁴

La femme allaitante est souvent perçue par les hommes comme un être asexué. C'est du moins ce que relèvent Pontes et al¹² dans une étude qualitative exploratoire menée au Brésil auprès de 11 hommes. Interrogés à propos de leur femme allaitant en public, ils ont confirmé à l'unanimité que pour eux, dans ces moments elle n'est pas une femme, elle est une mère. Comme si le fait d'être mère enlevait à la femme sa dimension sexuelle, sa fonction de partenaire sexuelle.

La fatigue

Pour les femmes qui allaitent, la fatigue a été la cause la plus communément identifiée pour expliquer la diminution des activités sexuelles.¹¹ Toutefois, la revue de littérature de LaMarre et al⁵ ne mentionne qu'une étude entre 1984 et 2000 faisant le lien entre l'allaitement et la fatigue. Il s'agit d'une étude qualitative menée par Forster et al⁵ en 1994 auprès de 19 femmes invitées à tenir un journal quotidien, deux mois avant et deux mois après le sevrage de leur bébé. Les femmes ont témoigné d'une importante diminution de leur fatigue pendant les deux à quatre semaines après le sevrage de leur enfant. Elles ont également noté une amélioration de leur humeur et

Tableau 2 : Qualités des familles fortes et en santé²⁴

Qualité	Description : Les membres de la famille ...
Engagement	...engagée s'impliquent dans la joie et le bien-être de chacun. Ils sont engagés envers le groupe familial et y investissent le principal de leur temps et énergie. Les relations sont respectueuses et affectueuses. On retrouve moins de tendance à l'individualisme et à l'égoïsme dans ces familles.
Appréciation	...s'apprécient mutuellement et font en sorte que chacun se sente bien face à lui-même. Les membres trouvent de bonnes qualités en chacun et les expriment. Cette appréciation exprimée encourage les comportements positifs qui en retour, génèrent davantage d'appréciation.
Bonne communication	...consacrent du temps à parler avec chacun. Ils utilisent de bonnes techniques de communication et savent écouter, ce qui encourage le sentiment d'être respecté pour chacun. Les conflits sont ouvertement affrontés, les problèmes sont discutés et la recherche de solution est orientée vers ce qui est le mieux pour chacun.
Désir de passer du temps ensemble	...font plusieurs choses ensemble puisqu'ils aiment passer du temps avec chacun. Ils organisent leurs activités pour pouvoir passer du temps ensemble, dans toutes les sphères de leur vie : les repas, les loisirs, les tâches domestiques. Les interactions actives sont davantage recherchées, par rapport aux activités passives.
Système de valeurs fort	...partagent un système de valeurs fort, souvent source de bien-être spirituel. Le centre d'attention vise le partage, l'amour et la compassion pour autrui, transcendant les sentiments individuels pour atteindre le sentiment de faire partie de quelque chose de plus grand. La profondeur spirituelle procure aux membres un sens de la communauté et du support.
Habilités à gérer les crises et le stress de façon constructives	...sont capables de s'adapter aux situations de crises et de stress de façon positive. Ces familles fortes rebondissent de l'adversité car elles sont résilientes. Elles savent trouver un élément positif même dans les situations les plus sombres. Les membres peuvent compter l'un sur l'autre pour trouver du soutien. Ils s'unissent pour faire face aux problèmes.

une augmentation des activités sexuelles pendant cette période. Par contre, est-ce que les femmes étaient plus en forme et plus actives sexuellement parce qu'elles n'allaitaient pas? L'étude ne le démontre pas clairement. Ce pourrait aussi être parce que le bébé est plus mature, parce que les parents sont mieux adaptés à leurs nouveaux rythmes de vie, ou encore parce que la période difficile du sevrage est terminée.

La fatigue serait souvent une raison évoquée pour sevrer le bébé ou introduire des préparations lactées, même si l'association entre fatigue et allaitement est loin d'être solidement démontrée. Selon une étude de cohorte prospective réalisée à Toulouse en France et menée auprès de 253 femmes, il ne ressortait aucun lien entre la fatigue ressentie et le type d'allaitement.¹³ Similairement en Californie, Doan et al¹⁴ concluent que les parents de bébés nourris exclusivement au sein dormaient en moyenne de 40 à 45 minutes de plus que les parents donnant le biberon pendant la nuit. L'analyse des données sur le type d'allaitement et le sommeil de ces 133 nouveaux parents à trois mois postpartum indique que la fatigue ressentie était aussi plus grande chez ces ceux donnant le biberon durant la nuit plutôt que de pratiquer l'allaitement exclusif.

La fatigue physique, alliée à l'adaptation au rôle et aux tâches de mère peuvent empêcher les femmes de s'abandonner au désir sexuel.¹⁵ Une des clés de la bonne entente intime est de partager expériences et sentiments sur différents niveaux. Le manque de temps et d'énergie relié aux soins du bébé contribue au manque d'affection sensuelle et sexuelle.¹⁶

Redéfinition des rôles au sein du couple

Parmi les causes les plus répandues de la baisse du désir sexuel, on retrouve les conflits dans le couple et les frustrations accumulées.¹⁷ Avec l'arrivée du bébé, dans un contexte d'allaitement maternel où la mère reste à la maison, les partenaires doivent réaménager le partage des tâches. Il peut être difficile pour la femme qui s'identifiait et se valorisait beaucoup par son travail, de subitement se retrouver mère au foyer. Il peut aussi être difficile pour l'homme de ressentir le stress d'une plus grande responsabilité financière lorsqu'il y a baisse du revenu familial. Ces

réaménagements peuvent entraîner du stress, des frustrations et des querelles. Si chacun des partenaires n'arrive pas à s'adapter à son nouveau rôle et s'il ne se sent pas reconnu ni apprécié dans ce rôle, il en découle des frustrations et des tensions à l'intérieur du couple peu propices aux rapprochements intimes.

Une étude qualitative inductive d'analyse du contenu de deux questions ouvertes menée en Suède auprès de 535 nouveaux parents a porté sur les facteurs influençant la qualité de leur relation intime six mois après l'arrivée d'un premier bébé. Le facteur le plus souvent mentionné a été le partage équitable des responsabilités ainsi que le respect et la reconnaissance mutuels.¹⁶

Rôle des professionnels de la santé

Connaissant davantage les besoins et le vécu des couples suite à la naissance d'un premier enfant, quel est le rôle des professionnels de la santé en périnatalité? Rachel Foux¹⁸ remarque que très peu de soutien ou d'éducation sont offerts aux couples pendant la grossesse et en postpartum pour répondre à leurs inquiétudes et leurs questions à propos des changements dans leur dynamique sexuelle. Elle affirme que si on ne s'occupe pas des problèmes sexuels pendant la grossesse, ils peuvent prendre de l'ampleur dans le futur. Les couples qui définissent la sexualité comme étant seulement question de pénis, vagin et pénétration ont besoin de réassurance et d'encouragement à explorer d'autres rapprochements intimes, les étreintes, les baisers, et même des techniques de masturbation pour soulager des tensions sexuelles, faute de quoi ils risquent de se détacher émotionnellement l'un de l'autre.¹⁸

À travers une revue de la littérature sur le sujet, l'auteure a exploré quels étaient les besoins en matière de sexualité des couples qui deviennent parents et qu'est-ce qui était offert par les professionnels de la santé. Les discussions sur le sujet dépendraient de l'initiative individuelle des professionnels ou des couples en consultation.¹⁸ Une étude qualitative par questionnaire écrit menée au Labrador auprès de 141 femmes révélait que peu de femmes (29,0%) avaient pu discuter de questions sexuelles avec leur médecin lors de leur suivi de

grossesse.¹⁹ Parmi celles qui n'avaient pas osé aborder le sujet, 76,0% l'auraient apprécié.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la difficulté que rencontrent les professionnels quand vient le temps d'aborder le sujet de la sexualité : les opinions personnelles, le manque de confiance en ses compétences ou les compétences insuffisantes. À cet égard, quelques ressources sont proposées au tableau 1. Également, la gêne et les problématiques sexuelles personnelles non résolues peuvent faire échec à l'établissement d'un climat d'échange confortable. La contrainte de temps est un autre facteur relevé et plusieurs intervenants ont même affirmé ne pas croire que le sujet ait un impact réel sur le bien-être des couples.¹⁸

Modèles d'interventions

Altender & Hartzell²¹ proposent un modèle d'intervention souvent utilisé en sexologie, le

PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy), pour aborder les questions sexuelles en période prénatale. Ce modèle invite à donner aux couples la permission de parler de leur sexualité en initiant le dialogue et en témoignant que les changements souvent rencontrés pendant la grossesse vont nécessiter des changements dans leur sexualité, puis en offrant de l'information sur ce qu'ils peuvent anticiper comme changements et en répondant à leurs questions. On peut par la suite suggérer différentes stratégies d'adaptation aux problématiques spécifiques. Dans certains cas, on doit reconnaître les limites de son expertise et référer à d'autres ressources si nécessaire, particulièrement dans un contexte où le divorce est de plus en plus répandu chez les nouveaux parents.¹⁸

Les hauts taux de séparations et de divorces chez les nouveaux parents sont une préoccupation pour les

Tableau 3 : Interventions selon le Calgary Family Intervention Model²⁵

	Domaine cognitif	Domaine affectif	Domaine comportemental
a) Intégrer le père	Chercher avis du père; Ébranler croyance que grossesse et soins au bébé sont expériences que féminines.	Observer et favoriser la complicité entre les conjoints.	Insister sur la présence du père; S'adresser au couple; Inviter le père à participer à l'examen physique.
b) Explorer : questions circulaires	Attentes mutuelles face à l'accouchement et aux soins du bébé; Fonctionnement conjugal pour résoudre problèmes.	Réactions émotives de l'un et l'autre face à inconfort physique, difficultés conjugales et comportements de l'autre.	Réactions comportementales de l'un et l'autre face à inconfort physique, difficultés conjugales et comportements de l'autre.
c) Informer	Décrire les difficultés générales observées reliées à apprentissage de nouveaux rôles.	Décrire les sentiments généraux observés face à un bébé et face au conjoint.	Planifier soins au bébé, partage des tâches et sorties en couple; Encourager le dialogue.
d) Normaliser	Dédramatiser les « erreurs » dans les soins au bébé.	Valider les différences dans l'expérience affective.	
e) Souligner les compétences	Nommer les patterns de fonctionnement conjugal facilitants; Relever les bons coups avec le bébé.	Féliciter.	

dispensateurs de soins de santé en périnatalité.^{16,18,22} Plus d'un quart des enfants canadiens vivront la séparation de leurs parents avant l'âge de neuf ans.²³ Un des objectifs majeurs dans l'intervention auprès des couples en transition vers la parentalité est de prévenir les séparations.

La plupart des séparations et divorces en Suède surviennent auprès des nouveaux parents, particulièrement un an et demi après la naissance d'un premier bébé. Parmi d'autres facteurs, il y aurait un lien à faire entre la santé sexuelle des couples et leur stabilité. Si les partenaires sont actifs sexuellement et ont du plaisir à faire l'amour pendant la grossesse, la relation est positivement évaluée en terme de tendresse et de communication.¹⁶ « La satisfaction sexuelle peut parfois compenser pour certains des effets néfastes que le manque de communication peut causer sur la relation et la satisfaction du couple. L'absence ou le manque d'intimité et de sexualité peut engendrer des sentiments de mécontentement ou de chagrin, d'amertume, d'hostilité et de mépris au sein du couple ». ^{16(p18)}

Puisque « le meilleur temps pour parler du divorce c'est quand le couple est en amour »^{22(p24)} Polomeno²² propose d'intégrer dans les cours prénataux un volet sur la prévention du divorce. Ceci viserait à renforcer le système conjugal, promouvoir la famille et préparer les couples à la grossesse, l'accouchement et au rôle de parent. Le tableau 2 pourrait être offert aux couples comme outil de réflexion dans leur démarche de préparation à la période postnatale.

Goudreau et al²⁵ se sont penchées sur la question du rôle des professionnels dans l'accompagnement et le soutien du système conjugal pendant la période périnatale. Sous forme d'étude participative menée auprès de huit couples et quatre médecins de famille responsables de leur suivi de grossesse, elles ont évalué l'efficacité d'une grille d'interventions proposée dans le Calgary Family Intervention Model (CFIM). « Le CFIM constitue un cadre de référence permettant de structurer des interventions qui visent à assurer la promotion, l'amélioration ou le maintien du fonctionnement

familial, dans les domaines cognitif, affectif et/ou comportemental ». ^{25(p121)} Tel le tableau 3, les cinq interventions proposées consistent à a) intégrer le nouveau père aux échanges lors de la consultation, b) explorer l'adaptation conjugale à l'aide de questions circulaires, où on invite chacun des partenaires à nous parler de l'autre, c) informer, répondre aux questions, d) normaliser l'expérience affective des partenaires et e) souligner leurs compétences.

Dans l'ensemble, les couples ayant participé à l'étude de Goudreau et al²⁵ ont apprécié les interventions proposées dans le CFIM que leur médecin a appliquées. Ils « ont exprimé qu'ils maintenaient ou amélioreraient leur complicité conjugale, alors qu'il est reconnu que l'arrivée d'un enfant contribue plutôt à distancer les conjoints ». ^{25(p125)} L'étude a également démontré que de telles interventions préventives peuvent être insérées au cours d'un suivi périnatal habituel sans alourdir indûment ce dernier, dans la pratique des cliniciens de première ligne. Ce modèle peut certainement guider la sage-femme dans l'accompagnement et le soutien des couples.

Rôle de la sage-femme

Puisqu'il apparaît que les questions sexuelles soient importantes pour les couples qui deviennent parents et que ceux-ci s'en remettent souvent à leur professionnel de la santé pour les aborder, la sage-femme a la responsabilité de créer un espace et un temps adéquats pour engager les discussions sur ces questions. Les suivis de grossesse en pratique sage-femme permettent d'établir un lien de confiance privilégié avec la clientèle et de prendre du temps pour aborder des questions complexes comme la relation de couple et les difficultés d'adaptation au rôle de parent. À la lumière des écrits analysés, la sexualité, la relation de couple et les difficultés d'adaptation au rôle de parent devraient être abordées durant tout le suivi de grossesse et pas seulement en postpartum.

En tant qu'intervenante de première ligne en périnatalité, la sage-femme joue un rôle clé auprès des nouveaux parents en nourrissant leur motivation à prendre soin de la santé de leur relation

intime et ce de plusieurs façons : en les informant sur les différents changements rencontrés durant la période postnatale, en faisant de la place au père tout au long du suivi, en donnant aux couples la permission d'exprimer leurs questions et inquiétudes, en les rassurant sur la normalité de leur vécu, en leur proposant des stratégies d'adaptation et des habilités de base en communication, en soulignant leurs forces et leurs compétences et finalement, en les référant au besoin à des professionnels qualifiés. Ainsi, la sage-femme favorise la santé sexuelle postnatale de sa clientèle.

CONCLUSION

La santé sexuelle concerne tous les aspects de la personne, du couple et de la famille. Elle est profondément ébranlée par les nombreux changements rencontrés à l'arrivée d'un premier enfant. L'anticipation réaliste des difficultés souvent rencontrées en postpartum et l'accompagnement des couples dans l'élaboration de stratégies d'adaptation positives seraient possiblement des facteurs de prévention des séparations chez les nouveaux parents.

La sage-femme devrait saisir chaque opportunité pendant le suivi de grossesse d'aborder les questions sexuelles et les difficultés dans le couple. Une réflexion personnelle préalable au sujet de la sexualité, des relations de couple et des séparations chez les parents de jeunes enfants pourrait augmenter l'aisance et la motivation de la sage-femme à aborder ces sujets avec la clientèle. Un volet des cours prénataux pourrait porter spécifiquement sur la sexualité en grossesse et après l'accouchement et pourrait être donné soit par une sage-femme qualifiée, soit par un autre professionnel invité tel que sexologue ou thérapeute de couple. À travers les rencontres individuelles ou de groupe, outillée de connaissances et de modèles d'intervention, la sage-femme peut mieux accompagner les couples dans la transition vers la parentalité.

RÉFÉRENCES

1. Polomeno V. De couple à parents: que reste-t-il de nos amours? Présentation PowerPoint de la conférence: *Enfanter le monde*; 2010 Nov 25-26 [cité 2011 févr 22]; Québec, Canada. Disponible à partir de: http://www.aspq.org/documents/file/26-11-10_10h20_v-polomeno_d-individu-a-couple-de-couple-a-parent.pdf
2. Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelles. Ottawa: Sa Majesté la Reine du Chef du Canada; 2008 [cité 2011 mars 5]. Disponible à partir de: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/pdf/guidelines-fra.pdf>
3. De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002; 39(2): 94-103.
4. Polomeno V. Sexual intercourse after the birth of a baby. *Int J of Childbirth Educ* 1996; 11(4): 12-15.
5. LaMarre A, Paterson L, Gorzalka B. Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: a review. *Can J Hum Sex* 2003; 12(3-4): 151-68.
6. Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth, a metacontent analysis of 59 studies. *J Psychosom Res* 1999; 47(1): 2749.
7. Rowland M, Foxcroft L, Hopman W, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately postpartum. *Can Fam Physician* 2005; 51(10): 1367-74.
8. Convery KM, Spatz DL. (2009). Sexuality & breastfeeding: what do you know? *MCN Am J Matern Child Nurs* 2009; 34(4): 218-23.
9. Bartlett A. Maternal sexuality and breastfeeding. *Sex Educ* 2005; 5(1): 67-77.
10. Polomeno V. An independent study continuing education program: sex and breastfeeding: an educational perspective. *J Perinat Educ* 1999; 8(1): 29-41.
11. Avery M, Duckett L, Frantzich C. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health* 2000; 45(3): 227-37.
12. Pontes C, Osorio M, Alexandrino A. Building a place for the father as an ally for breast feeding. *Midwifery* 2009; 25(2): 195-202.
13. Callahan S, Séjourné N, Denis A. *Fatigue and breastfeeding: an inevitable partnership?* *J Hum Lact* 2006; 22: 182-7.
14. Doan T, Gardiner A, Lee KA. Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *J Perinat Neonatal Nurs* 2007; 21(3): 200-6.
15. St-Cerny A, Béliveau F. *Sexualité pendant la grossesse et après l'accouchement* [brochure]. Fédération du Québec pour le planning des naissances et Regroupement Naissance-Renaissance; 2000.
16. Ahlborg T, Strandmark M. Factors influencing the quality of intimate relationships six months after delivery - First-time parents' own views and coping strategies. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2006; 27(3): 163-72.

17. Labelle G. Plaisirs avant ... plaisirs après. *Le PÉRISCOPE* 2009; 13(2): 12-14.
18. Foux R. Sex education in pregnancy: does it exist?: a literature review. *Sex and Relationship Ther* 2008; 23(3): 271-7.
19. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107(8): 964-8.
20. Polomeno V. Advanced practice in perinatal education. *Int J Childbirth Educ* 2009; 24(1): 16-25.
21. Alteneder RR, Hartzell D. Addressing couples' sexuality concerns during the childbearing period: use of the PLISSIT model. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997; 26: 651-8.
22. Polomeno V. Divorce prevention and perinatal education. *Int J Childbirth Educ* 2008; 23(4): 21-5.
23. Juby H, Marcil-Gratton N, Le Bourdais C. Quand les parents se séparent : nouveaux résultats de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Rapport de recherche. Ministère de la Justice du Canada : Sa Majesté la Reine du Chef du Canada; 2005 [cité 2011 juillet 19]. Disponible à partir de : http://www.justice.gc.ca/fra/pi/fea-fcy/bib-lib/rap-rep/2005/2004_6/pdf/2004_6.pdf
24. Polomeno V. Marriage in the transition to parenthood: how can perinatal education help? Or can it? *Int J Childbirth Educ* 2007; 22(2): 21-30.
25. Goudreau J, Duhamel F, Beaudoin C. Soutenir le système conjugal pendant la période périnatale : une expérience de recherche participatoire. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières Can J Nurs Res* 1999; 31(3) : 111-27.

BIOGRAPHIES D'AUTEURS

Danielle Beauséjour, SF est bachelière ès sciences - pratique sage-femme, depuis juin 2011. Préalablement, elle a pratiqué comme infirmière en centre hospitalier et en centre communautaire, particulièrement en postpartum, néonatalogie et santé des jeunes familles. Elle pratique maintenant à titre de sage-femme à la Maison de naissance du Boisé de Blainville.

Josée Lafrance, SF, MSc est professeure au Baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières depuis huit ans. Parmi ses activités professorales, elle encadre des stagiaires et supervise des finissantes dans la rédaction de textes scientifiques dans le cadre du cours *Activité de synthèse en pratique sage-femme*.