

La sexopérinatalité : où en sommes-nous?

Viola Polomeno ^a, inf., Ph. D. et Diane Dubeau ^b, Ph.D.

^a Professeure, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa

^b Professeure, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais

La sexopérinatalité est un nouveau domaine en soins périnataux qui porte sur l'intimité du couple en période postnatale. Le haut taux de séparation et de divorce après la naissance d'un enfant interpelle les professionnels de la santé à s'intéresser au vécu du couple au plan de la sexualité, de l'intimité. Les participants à un atelier réflexif sur ce thème s'entendent pour dire que les rencontres prénatales sont un moment clé pour aborder ces questions. Tous les intervenants, qu'ils soient médecins, sages-femmes ou infirmières devraient détenir une expertise pour parler de sexualité avec le couple. La formation et une approche interdisciplinaire pourraient soutenir le développement de ce domaine d'expertise.

Mots-clés : Sexopérinatalité, mère, père, coparentalité, conjugal, infirmière, postnatal

La sexopérinatalité est un nouveau domaine en soins périnataux qui porte sur l'intimité du couple parental (Polomeno, 2009). Or, la sexualité du couple est la dimension de l'intimité qui est la plus affectée par la transition à la parentalité (Polomeno, 2000a) et qui peut aller jusqu'à mettre en péril la cohésion entre les conjoints. Le partenariat de parentalité ou la coparentalité est une autre dimension de la relation du couple qui est affectée par cette transition (Schoppe-Sullivan, Mangelsdorf, Frosch et McHale, 2004).

Le présent article présente un aperçu général de la relation du couple lors de la transition à la parentalité et dresse un portrait du contexte actuel de la sexopérinatalité. À la fin de ce texte, plusieurs recommandations sont proposées à des fins de pratique clinique, de formation et de recherche. Ces conseils sont destinés à la plupart des professionnels de la santé qui travaillent dans le domaine de la périnatalité, incluant les infirmières. Ils visent surtout à les sensibiliser à l'importance de discuter de la sexopérinatalité avec leur clientèle. Avant d'entrer dans le vif du sujet concernant la sexopérinatalité, penchons-nous sur

quelques chiffres qui dressent un portrait actuel et particulièrement intéressant de la dynamique de vie conjugale propre aux couples canadiens.

La relation conjugale lors de la transition à la parentalité

La transition à la parentalité est reconnue par de nombreux travaux comme un grand moment de stress pour les conjoints (Cowan & Cowan, 1992; Cowan & Cowan, 1995; Klein, Cowan & Cowan, 1991; Polomeno, 2000a). En effet, 40 à 70 % des couples mentionnent avoir vécu une baisse de leur satisfaction conjugale durant la phase précédant l'arrivée du bébé (Gottman et Notarius, 2002). Fort heureusement, la satisfaction conjugale à la suite de la naissance d'un enfant finit généralement par croître. Elle peut ainsi être représentée par une courbe curvilinéaire (en forme de U), qui indique une diminution suivie d'une augmentation progressive de la satisfaction conjugale (Cowan et Cowan, 1992).

Les auteurs tiennent à souligner la contribution financière des Instituts de recherche en santé du Canada. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Viola Polomeno, Ph.D, professeure adjointe à l'École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, 451, chemin Smyth Bureau 3251C, Ottawa, ON K1H 8M5 Tél. : (613) 562-5800 poste 8736, Courrier électronique : vpolomen@uottawa.ca

Voici à présent quelques statistiques importantes et alarmantes sur les relations de couples qui fournissent des indications sur leur pérennité : saviez-vous que le taux de divorce au Canada est de 38 % et que celui de la province du Québec est de plus de 50 % (Ambert, 2009) ? Il est également intéressant de noter que la durée moyenne de la vie maritale est de 14,5 années et que c'est au cours de la troisième et de la quatrième année du mariage que le taux de divorce est le plus élevé (respectivement 26,1 et 25,8 divorces sur 1000 mariages) (Ambert, 2009). La moitié des divorces se produisent durant les sept premières années de vie maritale (Cherlin, 1981). Enfin, 18 % des nouveaux parents divorcent à l'intérieur des quatre premières années suivant la naissance de leur premier enfant (Heinecke, Guthrie et Ruth, 1997). Malgré le fait que le couple parental soit complémentaire au couple conjugal, ces statistiques semblent témoigner de la difficulté de concilier ces deux aspects de la vie du couple (Schoppe-Sullivan, Mangelsdorf, Frosch et McHale, 2004).

Ces statistiques prennent toute leur signification en regard des études qui démontrent les impacts négatifs de la détresse conjugale (Belsky, Spanier et Rovine, 1983; Bryan, 2002; Cox, 1999), sur plusieurs facettes de la vie de couple et familiale (Briggs, et al, 2005). La santé de chaque partenaire s'en ressent, de même que le développement de l'enfant sur les plans physique, cognitif et affectif (Polomeno, 2007, 2008). Les problèmes de couple ont aussi une incidence sur les complications observées lors du déroulement de la grossesse et de l'accouchement (Polomeno, 2001). L'allaitement peut également en être affecté, tant sur le plan de l'initiation que de la persévérance de la femme à allaiter (Avery, Ducekett & Frantzich, 2000; Polomeno, 1999a). Selon Avery, Duckett et Frantzich (2000), l'allaitement a un impact négatif sur la dimension physiologique de la sexualité des femmes et celles-ci ont une perception négative de la relation sexuelle avec le père de leur enfant. Notons également, le risque accru de dépression postnatale chez les deux partenaires en contexte de dissension conjugale (Goodman, 2004). Les autres répercussions négatives enregistrées concernent l'attachement parent-enfant, plus difficile à consolider en présence de problèmes conjugaux.

En tout dernier lieu, il apparaît pertinent de souligner les impacts différentiels de la naissance de l'enfant sur les mères et les pères. Chez les femmes, elle consiste en une baisse de la satisfaction conjugale à la suite de l'arrivée du 1^{er} enfant (Belsky et Pensky, 1988; Cowan et Cowan, 1992). Quant aux hommes, ils apparaissent plus

préoccupés par la sexualité durant la période de grossesse et la phase postnatale pouvant aller jusqu'à huit mois après l'accouchement (Knauth, 2000; 2001). Ils vivent plus de stress et ils présentent certains problèmes comme la dysfonction érectile et l'éjaculation précoce durant cette période critique pour le couple. Si les besoins sexuels de l'un ou l'autre des partenaires ne sont pas comblés durant la période périnatale, le risque qu'il ou elle ait une aventure extraconjugale est bien réel (Ganem, 1992; Polomeno, 2000b).

Comme nous l'avons vu précédemment, la période périnatale n'est pas de tout repos pour les couples. Les défis sont de taille, surtout dans un contexte où les conjoints ne sont pas au courant des changements latents qui s'opèrent dans leur relation. Dans ces circonstances, il est opportun de se demander quel rôle les professionnels de la santé pourraient jouer pour soutenir l'intimité du couple pendant la période périnatale et quelles interventions seraient les plus utiles en ce sens.

La sexopérinatalité

Malgré une reconnaissance par les associations professionnelles de l'importance de la sexualité (Gianni et Pacey, 2006), peu de programmes de formation initiale incluent dans leur corpus pédagogique des cours de santé sexuelle ou de sexologie. Par ailleurs, lorsque les professionnels de la santé sont consultés par des couples sur des questions de nature sexuelle, les principaux obstacles identifiés sont qu'ils se sentent un peu gênés et ont l'impression de s'immiscer dans l'intimité de la vie de ces couples (Magnan et Reynolds, 2006). De plus, ils ne se considèrent pas suffisamment formés. Quant aux infirmières en périnatalité, elles discutent plus souvent des aspects de la sexualité, comparativement à celles qui sont spécialisées dans d'autres domaines comme la santé mentale et la réadaptation, mais elles ne se sentent pas tellement à l'aise avec le sujet (Magnan et Reynolds, 2006). Les couples indiquent quant à eux qu'il revient à l'intervenant d'aborder les thématiques de la sexualité (Alteneder et Hartzell, 1997). En contrepartie, les intervenants pensent qu'il incombe plutôt aux couples d'initier la conversation sur ces contenus (WHO, 2004). Il y a visiblement un problème!

Les résultats des recherches menées au cours des dix dernières années par la première auteure fournissent des pistes utiles qui aident à mieux comprendre les changements qui s'opèrent dans le couple durant la phase de la périnatalité.

Par exemple, une étude menée sur la grossesse à risque et l'hospitalisation anténatale

(Polomeno, 2001) révèle un résultat significatif selon lequel le stress vécu par les partenaires s'explique par un manque de cohésion au sein du couple affectant inévitablement l'intimité de ce dernier. On a ainsi tout avantage à aborder avec le couple cette situation de manière à ce que les conjoints puissent s'offrir un soutien mutuel dans un contexte de grossesse qui se veut plutôt difficile. Les enjeux liés à l'intimité du couple ressortent également dans une étude menée durant la grossesse portant sur les perceptions des conjoints à propos des relations sexuelles postnatales (Polomeno, 1999b). Les résultats indiquent que les femmes s'inquiètent surtout de la première pénétration vaginale après l'accouchement, tandis que les hommes ont peur de faire mal à leur partenaire. De plus, la femme se questionne à savoir si son conjoint la voit comme la mère de son enfant ou comme son amoureuse, tandis que l'homme craint de se sentir délaissé par sa conjointe qui donnerait toute son attention au bébé. Une étude similaire portant cette fois-ci sur les perceptions de la vie sexuelle des couples durant la grossesse démontre que les hommes apparaissent plus compréhensifs que les femmes par rapport aux changements d'ordre sexuel qui touchent leur partenaire (Polomeno, 2005).

Constats issus du groupe de discussion

Un groupe de 12 intervenants provenant de différents milieux de la santé a participé à une table ronde sur le thème de la sexualité d'une durée de 60 minutes. Ces intervenants ont échangé sur leurs connaissances et leur compréhension de la réalité organisationnelle en ce qui concerne la sexopérinatalité. Il est à noter qu'à l'heure actuelle, la nouvelle Politique de périnatalité récemment adoptée par Québec (MSSS, 2008) n'aborde ni le sujet de la relation conjugale ni de la sexopérinatalité.

Les participants à la table ronde ont manifesté différentes réactions et ont fait part d'opinions variées. Les discussions ont permis d'identifier plusieurs constats. Premièrement, les participants croient qu'il y a une différence entre l'expérience vécue avec le médecin et celle vécue avec la sage-femme en ce qui a trait aux discussions sur la sexualité, puisque la sage-femme aborde plus directement ce sujet. Deuxièmement, l'expertise de l'intervenant pourrait favoriser la discussion sur la sexualité, et ce, malgré le choc initial vécu par les clients lorsque ce sujet est abordé. Troisièmement, il y a eu une reconnaissance selon laquelle il importe que les infirmières en périnatalité disposent d'informations sur la sexopérinatalité. Bien qu'une somme importante d'informations

existe déjà, le défi réside dans la transmission de cette dernière par les intervenants. Quatrièmement, les rencontres prénatales apparaissent comme un lieu approprié pour traiter de ces contenus. On observe malheureusement une diminution du nombre de ces rencontres, ce qui est partiellement attribuable au fait que leur efficacité n'ait pas été démontrée ou que les rencontres ne rejoignent pas nécessairement ceux qui en avaient le plus besoin. À cet effet, l'observation assidue de l'auteure principale dans sa pratique clinique et en tant que conférencière lui a fait remarquer un vif intérêt du public à recevoir des ateliers spécialisés ou l'inclusion du sujet lors des rencontres portant sur la préconception et la préparentalité. Le cinquième constat concerne les infirmières qui remplissent le questionnaire lors de la visite postnatale. Malgré le fait que les aspects relatifs à la sexualité fassent partie de ce questionnaire, les intervenants n'abordent pas davantage ce sujet lors des visites à domicile.

En tout dernier lieu, tous les participants s'entendent pour reconnaître l'intérêt des hommes à aborder le thème de la sexualité. On souligne également que les pères semblent avoir plus de difficultés à envisager leur expérience à court terme plutôt que ce qui arrivera à long terme. Ils pensent effectivement au moment où ils joueront au hockey avec leur petit plutôt qu'à discuter avec leur conjointe de la façon dont leur vie sexuelle changera après la naissance de l'enfant. L'animatrice en profite pour présenter aux participants le rôle du conjoint dans le retour de la libido chez la femme en post-partum et une stratégie en quatre étapes qu'il pourrait utiliser (Polomeno, 1995). Dans la première étape, la femme redécouvre le plaisir par le toucher non sexuel, soit par des câlins, soit par des baisers. Dans la deuxième étape, le toucher devient plus sexuel : les partenaires peuvent prendre leur douche ensemble, ou se donner un massage. Pendant cette étape, les organes génitaux ne sont pas touchés ni caressés. Dans la troisième étape, la région génitale est stimulée à l'aide des caresses ou par l'amour oral. Pendant la dernière étape, la pénétration vaginale est atteinte. À la fin de la table ronde, tous les participants discutaient de la sensibilisation et de l'importance de soutenir le couple, la relation du couple et leur vie sexuelle.

Recommandations

Pour la pratique clinique et la formation

Les différents professionnels de la santé concernés devraient avoir accès à des programmes de formation initiale qui intègrent la sexopérinatalité. Une approche interdisciplinaire

entre ces professionnels devrait être encouragée afin de favoriser la collaboration entre les différents intervenants. Par ailleurs, l'éducation continue des professionnels de la santé en matière de sexopérinatalité dans leur milieu de travail devrait être promue. Un autre moyen de sensibilisation efficace et à grande portée consisterait à offrir des ateliers de formation lors de conférences et de colloques locaux, régionaux, nationaux et internationaux à l'intention des spécialistes de la santé. Enfin, il faudrait encourager les professionnels de la santé, incluant les infirmières, à se spécialiser dans ce domaine qui compte actuellement un nombre insuffisant d'initiés.

Pour la recherche

À l'heure actuelle, peu de recherches ont été menées dans les domaines d'étude liés à la sexopérinatalité. Quelques sujets mériteraient d'être abordés par des études plus approfondies. Le premier porterait sur l'évaluation des connaissances et des attitudes en matière de sexopérinatalité des différents professionnels de la santé travaillant dans le domaine de la périnatalité, soit les médecins spécialistes et généralistes, les infirmières, les sages-femmes et les accompagnantes (doules). Un autre projet consisterait à développer, implanter et évaluer un programme de formation interdisciplinaire axé sur la sexopérinatalité et destiné aux professionnels de la santé. La dernière proposition serait de comparer les perceptions des couples et des professionnels de la santé relativement aux besoins d'intimité des partenaires en période périnatale.

Conclusion

La sexopérinatalité est un nouveau domaine en pleine expansion. Le temps est arrivé pour les professionnels de la santé, incluant les infirmières, qui sont en contact avec les couples en attente d'un enfant de relever les grands défis qui subsistent dans ce domaine. Il faut tenir compte de la nouvelle réalité des couples qui se manifeste par un conflit entre le partenariat établi au sein du couple parental et celui du couple conjugal tout au long de la période périnatale. Parallèlement, les infirmières sont des actrices privilégiées pour faire la promotion du lien de coparentalité entre les conjoints à partir de leur prise de décision de devenir parent et durant chacune des étapes de la transition à la parentalité. Ce geste proactif aurait un impact positif certain sur l'intimité du couple et sa vie sexuelle.

Il est également essentiel que les professionnels de la santé concernés de près ou

de loin par la périnatalité jouent un autre rôle très important en fournissant des renseignements pertinents sur la sexopérinatalité pendant la période périnatale. Ce sont autant d'actions à envisager pour que les couples traversent avec succès le cap difficile de la parentalité! Compte tenu du contact direct privilégié qui existe entre les couples et les infirmières et les autres intervenants du milieu périnatal, les professionnels de la santé sont les agents de premier plan aptes à informer les conjoints. Mais encore faut-il les renseigner à leur tour sur le sujet encore méconnu de la sexopérinatalité.

Références

- Alteneder, R.R. & Hartzell, D. (1997). Addressing couples' sexuality concerns during the childbearing period: use of the PLISSIT model. *Journal of Obstetric, Gynecological and Neonatal Nursing*, 26(6), 651-658.
- Ambert, A.M. (2009). *Divorce: faits, causes et conséquences*. Ottawa: L'Institut Vanier de la famille.
- Avery, M.D., Duckett, L., & Frantzich, C.R. (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women", *Journal of Midwifery and Women's Health*. 45(3), 227-236.
- Belsky, J., & Pensky, E. (1988). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage and Family Review*, 12, 133-156.
- Belsky, J., Spanier, G.B., & Rovine, M. (1983). Stability and change in marriage across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 567-577.
- Bryan, A. A. M. (2002). Couple relationships over the transition to parenthood: Methodological issues in testing for an intervention effect. *Journal of Family Nursing*, 8, 201-220.
- Briggs, K., W. Denton, S. Johnson, J. Landau, J. Morris, D. Schnarch, and J. Serovich. (2005). *Relationships, health and marriage: Final report of the task force*. Alexandria, Virginia: American Association for Marriage and Family Therapy.
- Cherlin, A. (1981). *Marriage, divorce, remarriage*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cowan, C.P., & Cowan, P.A. (1992). *When partners become parents*. New York: Basic Books.
- Cowan, C.P., & Cowan, P.A. (1995). Interventions to ease the transition to parenthood. *Family Relations*, 44, 412-423.
- Cox, F.D. (1999). *Human intimacy: Marriage, the family, and its meaning*. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Ganen, M. (1992). *La sexualité du couple pendant la*

- grossesse. Paris : Éditions Filipacchi.
- Giami, A., & Pacey, S. (2006). Training health professional in sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 21(3), 267-271.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26-35.
- Gottman, J., & Notarius, C. (2002). Marital research in the 20th century and a research agenda for the 21st century. *Family Process*, 41, 159-197.
- Heinecke, C. M., Guthrie, D., & Ruth, G. (1997). Marital adaptation, divorce, and parent-infant development – A prospective study. *Infant Mental Health Journal*, 18, 282-299.
- Klein, M., Cowan, P.A., & Cowan, C.P. (1991). The origins of parenting stress during the transition to parenthood: A new family model. *Early Education and Development*, 2(4), 287-305.
- Knauth, D.G. (2000). Predictors of parental competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing and Health*, 23(6), 496-509.
- Knauth, D.G. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing*, 27(2), 169-172, 184.
- Magnan, M.A., & Reynolds, K. (2006). Barriers to addressing patient sexuality concerns across five areas of specialization. *Clinical Nurse Specialist*, 20(6), 285-292.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). Politique de périnatalité du Québec-Synthèse. MSSS.
- Polomeno, V. (2009). Advanced practice in perinatal education. *International Journal of Childbirth Education*, 24(1), 16-25.
- Polomeno, V. (2008). Divorce prevention and perinatal education. *International Journal of Childbirth Education*, 23(4), 21-25.
- Polomeno, V. (2007). Marriage, parenthood, and divorce: Understanding the past as we move into the future. *International Journal of Childbirth Education*, 22(2), 13-19.
- Polomeno, V. (2005). Montréal, 17th World Congress of Sexology, "Couples' Perceptions of the Psychosexual and Emotional Changes Relating to Pregnancy", Actes de colloque, p. 85 (session 507.4).
- Polomeno, V. (2001). First-Time Parenting Couples' Stress Associated with At-Risk Pregnancy and Antenatal Hospitalization. Thèse de doctorat, Faculté de médecine, Université de Montréal, 2001.
- Polomeno, V. (2000a). The Polomeno family intervention framework for perinatal education: Preparing couples for the transition to parenthood. *Journal of Perinatal Education*, 9(1), 31-48.
- Polomeno, V. (2000b). Sex and pregnancy: A perinatal educator's guide. *The Journal of Perinatal Education*, 9(4), 25-36.
- Polomeno, V. (1999a). Sex and breastfeeding: An educational perspective. *The Journal of Perinatal Education*, 8(1), 30-42.
- Polomeno, V. (1999b). Sex and babies: Pregnant couples' postnatal sexual concerns. *The Journal of Perinatal Education*, 8(4), 9-18.
- Polomeno, V. (1996). Sexual intercourse after the birth of a baby. *International Journal of Childbirth Education*, 11(4), 12-15.
- Schoppe-Sullivan, S.J., Mangelsdorf, S.C., Frosch, C.A., & McHale, J.L. (2004). Associations between coparenting and marital behaviour from infancy to the preschool years. *Journal of Family Psychology*, 18(1), 197-07.2
- WHO [World Health Organization] (2004). What constitutes sexual health? Program of Reproductive Research [serial online], 67, 2-3. Disponible au <http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67>.