Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en situation linguistique minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Catherine de Pierrepont

Thèse présentée à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre du programme de Santé des Populations
en vue de l'obtention du grade de Doctorat (Ph.D.)

Doctorat en Santé des Populations
Faculté des sciences de la santé
Université d'Ottawa

© Catherine de Pierrepont, Ottawa, Canada, 2016

Table des matières

Liste des tableaux iv

Liste des figures v

Légende et abréviations vi

Résumé viii

Remerciements x

Chapitre 1 : Introduction 1

Chapitre 2 : Mise en contexte 4

2.1. Problématique 4

2.1.1. Sexualité et intimité 4

2.1.2. Transition à la parentalité et sexopérinatalité 4

2.1.3. Besoins et soutien sexopérinatal 9

2.1.4. État général des recherches sur la sexopérinatalité 13

2.1.5. Francophones en situation linguistique minoritaire (FSLM) en Ontario 16

2.1.6. Sexopérinatalité et couples parentaux FSLM 22

2.2. Conceptualisation théorique 23

2.2.1. Approche équitable en santé des populations 23

2.2.2. Théorie des trajectoires de vie 24

2.2.3. Théories des transitions 25

2.2.4. Théorie de la transition à la parentalité 26

2.2.4.1. Modèle écologique d'adaptation à la transition à la parentalité 26

2.2.5. Considérations théoriques de l'étude 27

Chapitre 3 : Méthodologie 33

3.1. Type de recherche 33

3.2. Devis 39

3.3. Échantillon 44

3.4. Recrutement 46

3.5. Variables étudiées 49

3.6. Participation et instruments 50

3.6.1. Procédure pour participants 50

3.6.2. Questionnaires 52

3.6.3. Entrevue de couple complémentaire et optionnelle 58

3.7. Analyses 60

3.8. Éthique 64

3.9. Précisions supplémentaires sur la méthodologie de l'Article 1 69

3.10. Conclusion 70

Chapitre 4 : Article 1 71

Partie 1 71

Partie 2 107

Chapitre 5 : Article 2 141

Chapitre 6 : Article 3 180

Chapitre 7 : Article 4 210

Chapitre 8 : Discussion et conclusion 243
8.1. Éléments clés et liens entre les articles 243
8.2. Résultats originaux 246
8.3. Vulnérabilité sexuelle 249
8.4. Services en matière de sexopérinatalité 252
8.5. Les FSLM 253
8.6. Forces et limites de l'étude 255
8.7. Contributions à la santé des populations et implications de la recherche 262
8.7.1. Contributions à la santé des populations 262
8.7.2. Implications et pistes de recommandations 264
8.7.2.1. Formation et pratique 264
8.7.2.2. Recherche 266
8.7.2.3. Théorie 270
8.8. Conclusion 271

Références 273

ANNEXES 303

ANNEXE 1 304

ANNEXE 2 319

ANNEXE 3 346

ANNEXE 4 353

ANNEXE 5 358

ANNEXE 6 367

ANNEXE 7 470

ANNEXE 8 567

ANNEXE 9 574

ANNEXE 10 577

ANNEXE 11 580

ANNEXE 12 585

ANNEXE 13 588

ANNEXE 14 591

ANNEXE 15 593

ANNEXE 16 614

ANNEXE 17 621

ANNEXE 18 623

ANNEXE 19 750

Liste des tableaux

Tableau 1. Sources de recrutement …… 46

Liste des figures

Figure 1. Schématisation théorique de la sexopérinatalité …… 29
Figure 2. Déterminants sexopérinataux – Portrait sommaire …… 31
Figure 3. Modèles d'étude de cas …….. 37
Figure 4. Notre étude de cas ……. 38
Figure 5. Notre modèle de méthodes mixtes ……. 42

Légende et abréviations

AD : Échelle d'Ajustement Dyadique

ASPC : Agence de Santé Publique du Canada

BÉSO : Bourses d'Études Supérieures de l'Ontario

BMSFI : Brief Male Sexual Function Index / Index bref de fonction sexuelle masculine

CÉR : Comité d'éthique de la recherche

CFSM : communautés francophones en situation minoritaire

CLOSM : communautés de langue officielle en situation minoritaire

CNFS : Consortium National de Formation en Santé

E : ensemble (groupe)

ERI : Échelle de Relation Intime

ÉT : écart type

F : femme

FCFA : Fédération des communautés francophones et acadienne

FSFI : Female Sexual Function Index / Index de fonction sexuelle féminine

FSLM : francophones en situation linguistique minoritaire

GTSSF : Groupe de travail sur les services de santé en français

GYOBFE : Journal Gynécologie Obstétrique & Fertilité

H : homme

IMC : indice de masse corporelle

IRHM : Institut de Recherche de l'Hôpital Montfort

JGYN : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction

M : moyenne

OFA : Office des affaires francophones de l'Ontario

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Pré : période prénatale

Post : période postnatale

RRASFO : Réseau de Recherche Appliquée sur la Santé des Francophones de l'Ontario

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

SSF : Société Santé en français

Résumé

Durant la transition à la parentalité, la dimension intime et sexuelle de la relation conjugale de futurs et nouveaux parents est la plus vulnérable et la plus affectée. L'objectif de cette enquête descriptive exploratoire est de faire le portrait de l'expérience sexopérinatale de 67 couples parentaux francophones en situation linguistique minoritaire (FSLM) de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario, en mettant l'emphase sur leur vécu, leurs besoins et les services en français (offerts, utilisés, manquants et souhaités) dans le domaine. Sous forme d'étude de cas avec un devis mixte, cette recherche est constituée de cinq articles originaux. L'Article 1, divisé en deux parties consécutives, correspond à un examen de la portée sur la sexopérinatalité couvrant 123 articles empiriques publiés dans les 15 dernières années. La partie 1 s'attarde à l'état des recherches retenues et à la sexualité prénatale ; la partie 2 s'intéresse à la sexualité pendant le travail et l'accouchement, à la sexualité postnatale et à la sexualité en contexte d'allaitement. L'Article 2 expose les résultats quantitatifs du vécu sexopérinatal des 67 couples recrutés. L'Article 3 couvre les résultats qualitatifs de ce même vécu sexopérinatal chez cinq de ces couples parentaux. L'Article 4 aborde les besoins et les services en français en matière de sexopérinatalité perçus par les 67 couples parentaux, combinant des données quantitatives et qualitatives. Cette étude permet aux chercheurs et cliniciens de mieux connaître simultanément deux domaines importants de recherche et d'intervention encore peu explorés : la sexopérinatalité et les FSLM en Ontario. Cette recherche s'inscrit dans une vision équitable en santé des populations et dans une optique de promotion du couple, de la famille et de la société pour favoriser l'accès équitable et adapté aux services de soins de santé collaboratifs, continus et durables en matière de santé sexuelle pour les canadiens.

The intimate and sexual dimension of the conjugal relationship in regard to future and new parenting couples is the most vulnerable and the most affected during the transition to parenthood. The goal of this exploratory descriptive study is to portray the sexoperinatal experience of 67 francophone parenting couples living in a linguistic minority situation in the Ottawa region and Eastern Ontario, with a focus on their experiences, needs and French services (available, used, missing and desired) in this domain. Using a case study with mixed

methods, this research consists of five original articles. Article 1, divided in two consecutive parts, serves as a scoping review on perinatal sexuality covering 123 empirical articles published in the last 15 years. Part 1 focuses on the state of knowledge regarding prenatal sexuality ; part 2 focuses on sexuality during labor and childbirth, postnatal sexuality and sexuality in the breastfeeding context. Article 2 presents the quantitative results of the perinatal sexual experience of the 67 recruited couples. Article 3 presents the qualitative results of the perinatal sexual experience of five of these parenting couples. Article 4 addresses the needs and French services in perinatal sexuality as perceived by the 67 recruited parenting couples, combining quantitative and qualitative data. This study helps researchers and clinicians to simultaneously know more about two important areas of research and intervention that have been underexplored: perinatal sexuality and francophones living in a linguistic minority situation in Ontario. This research is part of an equitable vision in population health and focuses on the couple, the family and society to ultimately promote equitable and adequate access to collaborative, continuous and durable health care services regarding sexual health for Canadians.

Remerciements

D'abord et avant tout, merci Max, mon amour, pour ton exceptionnel soutien et tes encouragements constants. Merci d'avoir toujours été là, dans les hauts et surtout dans les bas. Merci de m'avoir soutenue et de m'avoir épaulée avec tant d'amour et de compréhension pendant ces quatre années. Sans toi, tout cela n'aurait pas été possible.

Merci à ma famille pour votre soutien, vos encouragements, vos commentaires judicieux… et votre humour! Si le film sort éventuellement, vous pourrez le visionner plutôt que de lire cette thèse au complet! Mom, merci pour tes commentaires et tes corrections ; tu es toujours ma première lectrice/correctrice et c'est tellement apprécié!

Merci à mes amis pour votre écoute, votre compréhension et vos encouragements.

Merci à ma directrice de thèse, Viola, pour ton attention, ton temps, ton soutien constant et tes précieux conseils et commentaires. Merci d'avoir « gossé » avec moi pendant ces quatre années!

Merci à mon comité de thèse qui m'a épaulé tout au long de ce périlleux parcours.

Merci aux divers organismes qui m'ont appuyée durant ce doctorat par le biais de bourses : 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) ; et Bourse de Consortium National de Formation en Santé (CNFS).

Et enfin, merci à Magellan et Eddy d'avoir enduré mes réflexions à haute voix des six derniers mois et ce, sans jamais passer un seul commentaire négatif!

Chapitre 1 : Introduction

La sexualité est une composante fondamentale de la santé humaine globale. Lors des différentes transitions de vie, cette dernière peut être ébranlée et doit être ajustée en conséquence. Ceci est notamment le cas lors de la transition à la parentalité, où les futurs et nouveaux parents vivent différents changements et doivent s'y adapter le mieux possible pour favoriser leur couple, et par extension, leur famille. Lors de cette transition, les besoins intimes et sexuels des couples parentaux sont nombreux et gagneraient à être reconnus et traités, mais peu d'attention leur est portée en recherche et pratique.

L'objectif de cette enquête descriptive exploratoire est de faire le portrait de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en situation linguistique minoritaire (FSLM) de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario, en mettant l'emphase sur leur vécu, leurs besoins et les services sexopérinataux. Les principales questions de recherche, ainsi que les sous-questions reliées, sont les suivantes :

1) Quel est le vécu de ces couples au plan de la sexualité périnatale ?
    a. Comment l'intimité et la sexualité de ces couples sont-elles modifiées par la grossesse et par l'arrivée de l'enfant?
    b. Comment les changements dans l'intimité et la sexualité de ces couples affectent-ils la qualité de leur relation conjugale?
2) Quels sont leurs besoins d'ordre sexuel par rapport aux services de santé ?
    a. Face aux changements intimes et sexuels vécus, quel(s) type(s) de besoin(s) ont-ils en lien avec les services de santé?
3) Quels sont les services en français offerts, utilisés, manquants et souhaités en sexopérinatalité?

Sous forme d'étude de cas avec un devis mixte, cette étude permet de mieux connaitre deux domaines importants de recherche et d'intervention encore peu explorés : d'une part, la sexopérinatalité (étude de l'intimité et de la sexualité des couples lors de la transition à la parentalité), discipline jeune et prometteuse, bien qu'encore peu développée, et qui est axée sur un enjeu sexuel important; et d'autre part, le milieu minoritaire linguistique francophone en Ontario qui est composé d'une population unique et distincte. Par le fait même, cette étude contribue à la fois au portrait sexopérinatal canadien et international, au portrait périnatal canadien, au portrait périnatal chez les FSLM canadiens et au portrait de

santé et de santé sexuelle des FSLM, tous des portraits qui sont innovateurs, émergents et qui gagnent tous à être développés davantage, constituant des lacunes en lacunes en recherche et en pratique.

Grâce au contexte théorique de transition à la parentalité inscrit dans une approche en santé des populations, cette recherche permet d'avoir une meilleure connaissance d'un enjeu fondamental sexuel (sexualité périnatale) et d'une population encore méconnue en matière de santé et de santé sexuelle (francophones en Ontario), jumelant ainsi vulnérabilité linguistique et vulnérabilité en santé sexuelle. Elle permet aussi le développement de recommandations et de pistes d'interventions sexopérinatales en Ontario pour ultimement promouvoir une transition à la parentalité et une sexualité périnatale saines, tout en offrant un soutien adapté aux couples parentaux. Cette recherche s'inscrit dans une vision équitable en santé des populations et dans une optique de promotion du couple, de la famille et de la société, voulant favoriser l'accès équitable et adapté aux services de soins collaboratifs, continus et durables en matière de santé sexuelle pour les canadiens.

Cette thèse comporte sept chapitres. Le Chapitre 2 permet de faire une mise en contexte de la problématique étudiée et d'enraciner le projet dans des considérations théoriques appropriées. Le Chapitre 3 présente la méthodologie du projet de thèse développé, en tenant compte des aspects suivants : type de recherche, devis, échantillon, recrutement, variables étudiées, participation et instruments (procédure, questionnaires et entrevue de couple complémentaire et optionnelle), analyses, et considérations éthiques. Les quatre chapitres suivants sont formés de quatre articles soumis pour publication dans différents journaux scientifiques. Les chapitres 4, 5, 6 et 7 constituent des articles originaux écrits dans le cadre de cette thèse ; chaque article a été lu, commenté, corrigé et approuvé par les membres du comité de thèse. Le Chapitre 4 (Article 1, Partie 1 et Partie 2) correspond à un examen de la portée sur la sexopérinatalité qui sert de recension. Le Chapitre 5 (Article 2) expose les résultats quantitatifs du vécu sexopérinatal des 67 couples parentaux FSLM participants à ce projet de thèse, tandis que le Chapitre 6 (Article 3) couvre les résultats qualitatifs de ce même vécu sexopérinatal chez cinq couples de l'échantillon. Le Chapitre 7 (Article 4), pour sa part, aborde les besoins et les services en français en matière de sexopérinatalité auprès de cette population, combinant les données quantitatives et qualitatives de la recherche. Enfin, le Chapitre 8 développe une discussion générale face à ce

projet de thèse, en abordant notamment les éléments clés de ce projet, les liens entre les articles, les forces et limites de l'étude, la contribution de cette thèse à la santé des populations, les implications de cette recherche (au niveau de la formation, de la pratique, de la recherche et de la théorie), et l'orientation des futures recherches.

Chapitre 2 : Mise en contexte

2.1. Problématique

2.1.1. Sexualité et intimité

D'abord et avant tout, il est important de définir et de préciser deux concepts centraux qui sont utilisés au fil de cette étude. En premier lieu, la sexualité est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (2006) comme suit :

> Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, cultural, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors. » (p. 5)

Deuxièmement, l'intimité peut être vue comme une composante même de la sexualité, comme le laisse entendre cette définition, mais elle doit aussi être considérée comme un concept à part entière bien qu'étroitement lié à la sexualité. L'intimité est définie comme suit par Polomeno (2000b) : « interactions that relate to open self-disclosure and close personal exchanges. This includes the sharing of feelings, hopes, fears, and vulnerabilities. Conjugal intimacy includes – but is more than – sexual intimacy. […| conjugal intimacy is seen as a crucial component of a healthy relationship. » (p. 37). Par le fait même, la relation intime entre les futurs et nouveaux parents est un élément essentiel leur permettant de se sentir proches et connectés l'un à l'autre malgré les changements et les bouleversements vécus.

2.1.2. Transition à la parentalité et sexopérinatalité

Le phénomène de transition à la parentalité est circonscrit pendant la période périnatale (pendant et après la grossesse) et se définit en temps précis entre la décision d'avoir un enfant ou le moment de la conception jusqu'à ce que l'enfant atteigne deux ans de vie (Polomeno, 2000b). Cette période regorge de bouleversements multidimensionnels

simultanés d'ordre biologique, psychologique, émotionnel, social et sexuel pour les futurs et nouveaux parents, particulièrement lors de la première grossesse (Adeyemi et al., 2005 ; Ahlborg & Strandmark, 2001 ; Bartellas, Crane, Daley, Bennett & Hutchens, 2000 ; Bello, Olayemi, Aimakhu & Adenkunle, 2011 ; Bitzer & Alder, 2000 ; Cappell, 2014 ; Chivers, Pittini, Grigoriadis, Villegas & Ross, 2011 ; Condon, Boyce & Corkindale, 2004 ; De Judicibus & McCabe, 2002 ; de Montigny, de Montigny Gauthier & Dennie-Fillion, 2014 ; de Pierrepont & Polomeno, 2014 ; Erenel, Eroglu, Vural & Dilbaz, 2001 ; Isajeva, Siklunas, Drasutiene & Bartkeviciene, 2012 ; MacAdam, Huuva & Berterö, 2011 ; Moodley & Khedun, 2011 ; Olsson, Lundqvist & Faxelid, 2005 ; Pacey, 2004 ; Pastore, Owens & Colleen, 2007 ; Polomeno, 1999b, 2011 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Shojaa, Jouybari & Sanagoo, 2009 ; Trutnovsky, Haas, Lang & Petru, 2006 ; van Anders, Hipp & Low, 2013 ; Von Sydow, 1999 ; Williamson, McVeigh & Baafi, 2008 ; Yangin & Eroglu, 2011). Les études sur le sujet affirment qu'il s'agit d'une phase critique développementale, d'un évènement de vie majeur, d'un moment de stress intense, de déséquilibre, et d'une période de transition de vie nécessitant une adaptation, une réorganisation et des ajustements majeurs pour le couple hétérosexuel (population quasi-unique étudiée) (Bitzer & Alder, 2000 ; Condon et al., 2004 ; De Judicibus & McCabe, 2002 ; de Pierrepont & Polomeno, 2014 ; LaMarre, Paterson & Gorzalka, 2003 ; Pastore et al., 2007 ; Polomeno, 1999a, 1999b, 2000b, 2007, 2011 ; Von Sydow, 1999 ; Williamson et al., 2008).

Le couple est considéré par plusieurs études et chercheurs comme un des piliers centraux et fondateurs de la famille (Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Frascarolo-Moutinot, Dawiche & Favez, 2009). La période de transition à la parentalité peut se faire sans problèmes pour certains couples, mais d'autres peuvent s'orienter vers la séparation ou le divorce (Ahlborg, Persson & Hallberg, 2005 ; Demo & Cox, 2000 ; Litzinger & Gordon, 2005). Il faut reconnaitre que les taux de divorces canadiens sont élevés (environ 38%) et que c'est au cours de la troisième et de la quatrième année de mariage que le taux de divorce est plus élevé, période correspondant souvent à la transition à la parentalité (Ambert, 2009). Heinecke, Guthrie et Ruth (1997) ont affirmé plus précisément que 18% des nouveaux parents divorcent à l'intérieur des quatre premières années suivant la naissance de leur premier enfant.

La transition à la parentalité constitue fondamentalement une période

particulièrement vulnérable pour la relation de couple : cette période de stress et de changements peut affecter négativement la qualité de la relation conjugale, notamment par le biais de l'augmentation des conflits conjugaux et par la diminution de la satifaction conjugale (Ahlborg, et al., 2005b ; Belsky & Pensky, 1988 ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Frascarolo-Moutinot et al., 2009 ; Glade, Bean & Vira, 2005 ; Gottman & Shapiro, s.d. ; Hawkins, Fawcett, Carroll & Gilliland, 2006 ; Holmes, Sasaki & Hazen, 2013 ; National Marriage Project, 2011 ; Pirak, 2014 ; Schulz, Cowan & Cowan, 2006 ; Shapiro, Nahm, Gottman & Content, 2011 ; Shapiro & Gottman, 2005 ; Twenge, Campbell & Foster, 2003 ; Von Sydow, 1999). La littérature suggère que l'état de la relation de couple affecte à son tour plusieurs domaines : la santé de l'union à court, moyen et long terme ; la relation parent-enfant (aptitudes de parentalité et relations familiales) ; le fonctionnement et la longétivité de la famille ; et le développement de l'enfant, d'un point de vue émotionnel, social et cognitif (Ahlborg et al., 2005b ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Frascarolo-Moutinot et al., 2009 ; Gottman & Shapiro, s.d. ; Hawkins et al., 2006 ; Holmes et al., 2013 ; Pirak, 2014 ; Schulz et al., 2006 ; Shapiro et al., 2011 ; Shapiro & Gottman, 2005). Favez (2013) parle même d'un dédoublement de la relation de couple qui devient à la fois conjugale et co-parentale : si cette transition est mal négociée, il peut y avoir une détérioration relationnelle, une augmentation de l'hostilité, une diminution de l'affection et un impact négatif sur l'enfant et son développement socio-affectif et comportemental. Pour leur part, les études de Belsky et Pensky (1988) ainsi que de Cowan et Cowan (1992) ont affirmé que l'insatisfaction maritale de la femme après le premier enfant peut influencer le statut de relation à court et long terme en menant notamment au divorce.

Quand les futurs et nouveaux parents s'impliquent dans des interventions et des programmes parentaux qui mettent l'emphase sur la relation de couple, cela a un effet positif sur la qualité de leur relation : ils vivent moins de détérioration de la qualité de leur relation de couple et vivent plus de satisfaction envers leur relation (Glade et al., 2005; Gottman & Shapiro, s.d. ; Pirak, 2014 ; Schulz et al., 2006 ; Shapiro et al., 2011 ; Shapiro & Gottman, 2005). Des programmes tels que « Bringing Baby Home » (Gottman & Shapiro, s.d. ; Pirak, 2014 ; Shapiro et al., 2011 ; Shapiro & Gottman, 2005) et « Becoming a Family Project » (Schulz et al., 2006 ; Cowan & Cowan, 1988, 2000) mettent l'emphase sur l'amitié, les émotions et les visions de l'autre, la connection émotionnelle, l'appréciation, l'affection, le

respect, la communication, et les aptitudes de résolution de conflits au sein des couples parentaux.

Ces programmes qui mettent l'emphase sur la relation de couple accordent également une place privilégiée au domaine sexuel des couples : ils accordent une importance à la préservation de l'intimité, de la romance, de la passion, de l'amour et de la sexualité des couples. La raison est simple : la transition à la parentalité n'affecte pas seulement la relation de couple. C'est particulièrement l'aspect intime et sexuel du couple qui est le plus affecté et le plus vulnérable durant la transition à la parentalité (Adeyemi et al., 2005 ; Ahlborg & Strandmark, 2001 ; Ahlborg, Strandmark & Dahlof, 2000 ; Bartellas et al., 2000 ; Bello et al., 2011 ; Cappell, 2014 ; Chivers et al, 2011 ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; de Montigny et al., 2014 ; de Pierrepont & Polomeno, 2014 ; Erenel et al., 2001 ; Fok, Chan & Yuen, 2005 ; Isajeva et al., 2012 ; MacAdam et al., 2011 ; Moodley & Khedun, 2011 ; Olsson et al., 2005 ; Pacey, 2004 ; Pastore et al., 2007 ; Polomeno, 1999a, 1999b, 2000a, 2000b, 2007, 2011, 2014 ; Rowland, Foxcroft, Hopman & Patel, 2005 ; Shojaa et al., 2009 ; Trutnovsky et al., 2006 ; van Anders et al., 2013 ; Von Sydow, 1999 ; Wang, Xu, Yao & Zhou, 2003 ; Williamson et al., 2008 ; Yangin & Eroglu, 2011). En effet, la parentalité affecte inévitablement la vie sexuelle des couples (Ahlborg et al., 2005b ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Frascarolo-Moutinot et al., 2009 ; Holmes et al., 2013 ; Litzinger & Gordon, 2005 ; National Marriage Project, 2011 ; Von Sydow, 1999). Au cœur du couple, l'intimité et la sexualité constituent un des éléments essentiels et primordiaux qui le soutiennent et qui sont intimement et intrinsèquement reliés à la qualité et à l'état de la relation de couple (Ahlborg et al., 2005b ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Frascarolo-Moutinot et al., 2009 ; Litzinger & Gordon, 2005 ; National Marriage Project, 2011 ; Von Sydow, 1999). La vie sensuelle et sexuelle des couples est donc centrale à la qualité de l'expérience de couple et à la relation de couple en tant que telle (Ahlborg et al., 2005b ; Litzinger & Gordon, 2005 ; Von Sydow, 1999). Selon Litzinger et Gordon (2005), la satisfaction sexuelle prédit même la satisfaction conjugale dans un couple : la satisfaction sexuelle joue un rôle significatif dans la satisfaction générale envers la relation conjugale et elle est une composante fondamentale du bonheur et du bon fonctionnement conjugal. Selon l'évaluation sur la santé des mariages américains en 2011 développée sous le nom du « National Marriage Project », l'un des dix facteurs d'ordre social, culturel et relationnel qui

favorise les probabilités de combiner marriage et parentalité avec succès et qui est associé à une meilleur qualité de marriage est nulle autre que la sexualité. Cette étude a notamment souligné l'importance de la satisfaction sexuelle après l'arrivée du bébé comme suit : « important for couples to renew the sexual dimension of their relationship as quickly as possible » (p. 36). Toujours selon cette étude, la satisfaction sexuelle est listée dans le top cinq des prédicteurs du succès marital : elle arrive au premier rang chez les femmes et chez les hommes dans les marriages très heureux et au deuxième chez les femmes et les hommes dans la liste des marriages qui ne sont pas voués à la séparation et au divorce. De plus, inversément, la satisfaction conjugale est un des facteurs les plus importants qui contribue à la satisfaction sexuelle (Litzinger & Gordon, 2005).

Si l'intimité et la sexualité se détériorent, cela peut avoir un effet à court, moyen et long terme sur la qualité de la relation de couple qui à son tour affecte à court, moyen et long terme le bien-être, la qualité, la stabilité et la longétivité de la famille ainsi que le développement de l'enfant (Ahlborg et al., 2005b ; Belsky & Pensky, 1988 ; Carter & McGoldrick, 2005 ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Demo & Cox, 2000 ; Litzinger & Gordon, 2005 ; Schaper, 2001 ; Sully & Walters, 2002 ; Von Sydow, 1999). Pour expliquer une telle détérioration des relations conjugales et sexuelles durant la transition à la parentalité, l'enjeu de conflit entre partenariat et parentalité lors de cette période a été soulevée par plusieurs chercheurs (Belsky & Pensky, 1988 ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000). Selon ces auteurs, la transition à la parentalité demande l'acquisition et l'intégration d'un nouveau rôle psycho-socio-sexuel, celui de parent, qui vient s'ajouter aux rôles déjà endossés par chaque membres des couples parentaux, soit celui de partenaire relationnel et de partenaire sexuel. En priorisant le rôle de parent au détriment des deux autres rôles, les couples parentaux peuvent vivre des perturbations relationnelles et sexuelles qui affectent à court, moyen et long terme leur couple et leur famille.

Toutefois, dans certains cas, la satisfaction sexuelle et les activités sexuelles du couple peuvent venir compenser et agir comme ressource tampon pour traverser cette importante transition de vie (Ahlborg et al., 2005b ; Carter & McGoldrick, 2005 ; Demo & Cox, 2000 ; Litzinger & Gordon, 2005 ; Schaper, 2001 ; Sully & Walters, 2002 ; Von Sydow, 1999).

Il importe donc de porter attention à ce qui se passe chez le couple au plan intime et

sexuel lors de cette période pour le bien-être des couples et des familles. Pourtant, peu d'attention est portée à l'ajustement sexuel des couples parentaux hétérosexuels, autant au plan de la recherche qu'au niveau pratique des professionnels de la santé; la question sexuelle est rarement ou superficiellement abordée, souvent même omise (Ahlborg & Strandmark, 2001 ; Ahlborg et al., 2000 ; Barrett et al., 2000 ; Bitzer & Alder, 2000 ; Condon et al., 2004 ; Connolly, Thorp & Pahel, 2005 ; De Judicibus & McCabe, 2002 ; LaMarre et al., 2003 ; Olsson et al., 2005 ; Pastore et al., 2007 ; Von Sydow, 1999). Pour rendre compte des différents changements intimes et sexuels possibles chez les couples parentaux pendant et après la grossesse, l'Article 1 (Chapitre 4) présente un examen de la portée minutieux sur la littérature sexopérinatale des 15 dernières années dans le domaine.

2.1.3. Besoins et soutien sexopérinatal

Face aux enjeux et fluctuations intimes et sexuels lors de la transition la parentalité, nombreux sont les couples parentaux qui ont des questions et considérations en matière de sexopérinatalité ; ils ont besoin de discuter du sujet avec les professionnels de la santé pour être informés, soutenus, rassurés (particulièrement par rapport à la normalité et à la non permanence des changements vécus), aidés, conseillés ainsi qu'aiguillés et dirigés vers des ressources spécialisées au besoin (Ahlborg & Strandmark, 2001 ; Ahlborg et al., 2000 ; Barrett et al., 2000 ; Bartellas et al., 2000 ; Bello et al., 2011 ; Bitzer & Alder, 2000 ; Chivers et al, 2011 ; Connolly et al., 2005 ; De Judicibus & McCabe, 2002 ; de Montigny et al., 2014 ; Fok et al., 2005 ; Foux, 2008 ; Olsson et al., 2005 ; Pacey, 2004 ; Pastore et al., 2007 ; Polomeno, 1999b, 2000a, 2000b, 2007, 2011 ; Reichenbach, Alla & Lorson, 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011; Van der Shueren, 2003 ; Von Sydow, 1999 ; Williamson et al., 2008). Plus spécifiquement, c'est entre 40% et 79,5% des couples parentaux qui ont exprimé ce besoin (Bello et al., 2011 ; Chivers et al., 2011 ; Fok et al., 2005 ; Reichenbach et al., 2011) et le meilleur lieu pour avoir une telle discussion a été ciblé aux visites et rendez-vous pré et postnataux (Moodley & Khedun, 2011 ; Olsson, Robertson, Falk & Nissen, 2011 ; Sauvestre-Foucault, 2011). Bref, les futurs et nouveaux couples parentaux veulent être au courant des problématiques sexuelles possibles et savoir comment les vivre et s'adapter en conséquence.

Malheureusement, la sexualité est rarement abordée ou omise par les différents

professionnels de la santé impliqués en périnatalité dans les consultations professionnelles, les visites de suivi de grossesse (généralement faites par les médecins et les sages-femmes) et dans les cours pré et postnataux (ASPC, 2009 ; Barrett et al., 2000 ; Bello et al., 2011 ; Bitzer & Alder, 2000 ; Chivers et al, 2011 ; Connolly et al., 2005 ; Erenel et al., 2001 ; Fok et al., 2005 ; Foux, 2008 ; Isajeva et al., 2012 ; Olsson et al., 2005 ; Pastore et al., 2007 ; Reichenbach et al., 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Von Sydow, 1999 ; Williamson et al., 2008). Plus spécifiquement, c'est entre 46,3% et 90,6% des parents qui disent ne pas avoir parlé ou reçu d'informations sur la sexualité périnatale générale (Afshar, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Merghti-Khoei & Yavarikia, 2012 ; Chivers et al., 2011 ; Fok et al., 2005 ; Oboro & Tabowei, 2002 ; Reichenbach et al., 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011), entre 17% et 70% sur la sexualité pendant la grossesse (Abasalizadeh & Abasalizadeh, 2009 ; Bello et al., 2011 ; Erenel et al., 2011 ; Isajeva et al., 2012) et 31% sur la sexualité après la grossesse (Barrett et al., 2000). Van der Shueren (2003) a même affirmé que seulement 6% des professionnels interrogés (obstétriciens-gynécologues et sages-femmes) parlent toujours de sexualité avec leurs patients, 19% souvent et 75% parfois. Selon l'Étude canadienne sur l'expérience de la maternité (ASPC, 2009), un des sujets sur lesquels les femmes disent avoir reçu le moins d'informations en période postnatale (76,6%) concerne les changements des réactions ou émotions sexuelles : elles sont « moins bien informées sur des questions ayant trait à la transition au rôle de parent (p. ex., changements d'ordre sexuel, exigences physiques, effet sur la relation avec le mari ou le conjoint » (p. 202).

Pour les individus qui ont eu l'occasion de discuter de sexualité périnatale avec un professionnel de la santé, ce sont majoritairement les médecins et les sages-femmes (Barrett et al., 2000 ; Moodley & Khedun, 2011 ; Sauvestre-Foucault, 2011) qui ont été consultés. De plus, les informations sexologiques reçues en période postnatale se restreignent essentiellement à la contraception (Barrett et al., 2000 ; Oboro & Tabowei, 2002 ; Wang et al., 2003), au temps pour la reprise du coït (Barrett et al., 2000 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Van der Shueren, 2003 ; Wang et al., 2003) et aux problèmes sexuels possibles (Barrett et al., 2000 ; Van der Shueren, 2003 ; Wang et al., 2003). Dans la majorité des discussions sur la sexualité qui ont eu lieu, c'est souvent les patients qui initient, particulièrement les femmes (Bartellas et al., 2000 ; Fok et al., 2005 ; Oboro & Tabowei, 2002 ; Sauvestre-Foucault, 2011), mais plusieurs individus affirment que c'est le professionnel de la santé qui devrait le

faire (Reichenbach et al., 2001 ; Van der Shueren, 2003). Dans le cas où un problème sexuel est présent, les consultations avec un professionnel de la santé sont tout aussi rares. Barrett et collègues (2000) ont révélé que 15% des femmes qui ont un problème sexuel en ont parlé avec un professionnel, tandis que pour Wang et collègues (2003), c'est seulement 8,02% des femmes qui ont consulté. Morof et collègues (2003) ont montré que parmi les 330 femmes ayant un problème sexuel en période postnatale, seulement 12,4% en ont parlé à leur médecin, alors qu'Oboro et Tabowei (2002) ont chiffré à 12% le nombre de femmes qui sont allées chercher de l'aide, même si 68% de l'échantillon complet ont ressenti ce besoin. Au contraire de cette tendance, Odar et collègues (2003) ont noté, pour leur part, que parmi les femmes ayant repris le coït en période postnatale et qui ont eu des problèmes sexuels, 59,4% sont allées chercher de l'assistance médicale. Les rencontres prénatales, quant à elles, ont été identifiées par deux études comme un lieu où la sexualité est un peu plus discutée. Selon Moodley et Khedun (2011), 66% des femmes ont discuté de sexualité lors de ces rencontres et selon Sauvestre-Foucault (2011), 51% des femmes y ont reçu des informations en lien avec la sexualité pendant la grossesse et 69% en lien avec la reprise de la sexualité en période postnatale.

Les obstacles à discuter de sexualité sont nombreux et proviennent de deux sources : des couples mêmes et des professionnels de la santé. D'abord, plusieurs couples n'osent pas parler de sexualité avec les différents professionnels de santé par gêne ou inconfort (Barrett et al., 2000 ; Bartellas et al., 2000 ; Bitzer & Alder, 2000 ; Connolly et al., 2005 ; Fok et al., 2005 ; Foux, 2008 ; Pacey, 2004 ; Pastore et al., 2007 ; Polomeno, 1999b ; Reichenbach et al., 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Shojaa et al., 2009 ; Van der Shueren, 2003 ; Von Sydow, 1999 ; Wang et al., 2003 ; Williamson et al., 2008). Selon Fok, Chan et Yuen (2005), parmi le 9,4% des femmes qui ont discuté de sexualité avec leur docteur, 66% d'entre elles n'étaient pas confortables à en parler. Pour Reichenbach, Alla et Lorson (2001), bien que 97% des hommes considèrent la sexualité comme étant un sujet non tabou, 22% se disent gênés de l'aborder. Pour leur part, Bartellas et collègues (2000) ont affirmé que bien que 49% des femmes aient abordé le sujet avec leur médecin, seulement 66% d'entre elles étaient confortables à initier le sujet. Shojaa, Jouybari et Sanagoo (2009), de leur côté, ont noté qu'aucune femme interrogée n'a obtenu d'informations sur le sujet à cause de leur gêne.

Parallèlement, les professionnels de santé impliqués en périnatalité n'en parlent pas

plus en invoquant différentes raisons : manque de temps ; manque de connaissances, de formation, d'expérience et de compétence ; inconfort et gêne ; peur d'aborder un sujet aussi intime, privé et sensible ; désintérêt personnel et professionnel envers la sexualité ; aspect tabou de la sexualité ; sujet non prioritaire ; et ils n'en parlent que lorsque que le patient l'aborde en premier (Bitzer & Alder, 2000 ; Foux, 2008 ; Olsson et al., 2011 ; Pacey, 2004 ; Pastore et al., 2007 ; Polomeno, 1999b, 2000a ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Van der Shueren, 2003 ; Wang et al., 2003 ; Williamson et al., 2008).

Il est important de souligner l'étude d'Olsson, Robertson, Falk et Nissen (2011) qui a fait une étude approfondie auprès de 32 sages-femmes en matière de sexualité. Ces auteurs ont conclu que pour les sages-femmes interrogées, la sexualité est seulement abordée quand il y a une opportunité, soit si la femme a fait part d'un besoin ou si la sage-femme sent que la patiente veut en parler. Les sages-femmes se disent davantage confortables quand c'est la patiente qui initie le sujet. De plus, elles trouvent difficile d'individualiser les rencontres et d'équilibrer les besoins perçus de la femme et les restrictions imposées par le système de santé. Elles ont également noté la difficulté supplémentaire de parler de sexualité lors de la présence d'un interprète. Malgré tout, il est important, selon elles, de normaliser et de rassurer les patientes en matière de sexualité et conseillent de reprendre une vie sexuelle pour le bénéfice de leur famille. Elles abordent la sexualité par divers moyens, en discutant de divers sujets : lors de l'examen physique ; lors des discussions sur la guérison post-accouchement ; et lors du partage d'informations données sur le plancher pelvien et les exercices de Kegel, sur la contraception, sur l'allaitement, et sur la transtion de la relation de couple. Quand elles le peuvent, elles partagent également des conseils généraux et des avis pratiques, notamment sur l'utilisation de lubrifiant, les positions sexuelles alternatives, le sexe oral, les massages et l'abstinence temporaire.

Pour répondre à leurs questions et inquiétudes sexopérinatales, les couples parentaux se fient à plusieurs sources d'information variées. La première source d'information concerne les professionnels de la santé, même si en réalité, ces derniers abordent peu de sujet : entre 4,9% et 54,7% des couples parentaux interrogés par diverses études comptent sur ces professionnels pour obtenir des informations sur la sexualité (Afshar et al., 2012 ; Bartellas et al., 2000 ; Bello et al., 2011 ; Erenel et al., 2011 ; Gokyildiz & Beji, 2005 ; Kouakou et al., 2011 ; Reichenbach et al., 2001). Les différents professionnels invoqués

concernent, par ordre décroissant d'importance, les médecins, les sages-femmes et les infirmières (Bartellas et al., 2000 ; Erenel et al., 2011 ; Fok et al., 2005 ; Khamis, Mustafa, Mohamed & Toson, 2007 ; Semkumwong, Chaovisitsaree, Rugpao, Chandrawongse & Yanunto, 2006 ; Uwapusitanon & Choobun, 2004 ; Wannakosit & Phupong, 2010). Pour sa part, le matériel écrit, soit les livres, les revues, les journaux et brochures, sont utilisés par 3,1% à 68,8% des participants (Afshar et al., 2012 ; Bartellas et al., 2000 ; Bello et al., 2011 ; Gokyildiz & Beji, 2005 ; Fok et al., 2005 ; Isajeva et al., 2012 ; Reichenbach et al., 2001 ; Semkumwong et al., 2006 ; Uwapusitanon & Choobun, 2004 ; Van der Shueren, 2003 ; Wannakosit & Phupong, 2010). Les amis sont utilisés dans 9,5% à 78,9% des cas (Afshar et al., 2012 ; Bartellas et al., 2000 ; Bello et al., 2011 ; Fok et al., 2005 ; Gokyildiz & Beji, 2005 ; Isajeva et al., 2012 ; Kouakou et al., 2011 ; Semkumwong et al., 2006 ; Shojaa et al., 2009 ; Uwapusitanon & Choobun, 2004 ; Van der Shueren, 2003 ; Wannakosit & Phupong, 2010), et la famille, dans 5,1% à 25,3% des cas (Afshar et al., 2012 ; Bello et al., 2011 ; Erenel et al., 2011 ; Fok et al., 2005 ; Gokyildiz & Beji, 2005 ; Isajeva et al., 2012 ; Khamis et al., 2007). Le partenaire est invoqué comme source dans 5,1% à 40,6% des cas (Erenel et al., 2011 ; Gokyildiz & Beji, 2005), l'Internet dans 7,7% à 29,8% (Isajeva et al., 2012 ; Wannakosit & Phupong, 2010) et la télévision dans 7,7% à 18,8% (Salim, Araujo & Gualda, 2010 ; Wannakosit & Phupong, 2010). D'autres sources de moindre importance ont aussi été soulevées telles que les médias (Bello et al., 2011 ; Erenel et al., 2011), la radio (Wannakosit & Phupong, 2010), les rencontres prénatales (Isajeva et al., 2012) et les pratiques culturelles (Bello et al., 2011).

Bref, l'inadéquation est flagrante : il y des besoins intimes et sexuels chez les couples parentaux, mais peu de réponses adéquates proviennent des services de santé.

2.1.4. État général des recherches sur la sexopérinatalité

À ce jour, très peu d'études empiriques existent sur l'expérience sexopérinatale des couples lors de la transition à la parentalité. Au Canada, seulement quelques études empiriques ont été faites sur le sujet (Adams, 1988 ; ASPC, 2009 ; Bartellas et al., 2000 ; Cappell, 2014 ; Chivers et al., 2011 ; de Montigny et al., 2014 ; Klein et al., 2005 ; Polomeno, 1999b ; Rowland et al., 2005). Aucune n'a été développée par rapport aux couples parentaux francophones de l'Ontario, mis à part l'étude de Moreau et collègues

(2013) qui s'intéresse partiellement à la sexualité périnatale des francophones donnant naissance dans un hôpital de la région d'Ottawa, sans toutefois être la priorité de l'étude générale.

D'un point de vue méthodologique, certains constats peuvent être émis en fonction des études empiriques qui ont abordé la sexualité périnatale. D'abord, une minorité d'entre elles s'intéressent au couple en tant que tel, la plupart favorisant davantage les femmes dans leur échantillonnage. Une majorité d'études sur le sujet ont utilisé des questionnaires, dans la plupart des cas faits maison. Une minorité d'études ont utilisé des entrevues ou des groupes de discussion, les études quantitatives étant prédominantes. Enfin, très peu d'études ont utilisé des méthodes mixtes, combinant des questionnaires et des entrevues. Prises ensemble, toutes ces études dans le domaine sexopérinatal couvrent une vaste étendue de variables étudiées, mais toutes les études ne se concentrent que sur quelques aspects à la fois, aucune d'entre elles n'abordant la majorité des variables suivantes dans une seule recherche, variables qui sont pourtant représentatives, dans leur ensemble, de l'expérience sexopérinatale : pénétration vaginale ou coït (fréquence, temps de reprise en post-partum et raisons) ; désir sexuel (intérêt, libido) ; initiation des activités sexuelles ; excitation ; croyances, perceptions, considérations et attitudes sur les activités sexuelles pendant et après la grossesse ; positions sexuelles ; pratiques sexuelles autres que le coït, incluant notamment la masturbation et le coït anal (types d'alternatives, fréquence) ; orgasme (fréquence, capacité, perception, et intensité) ; satisfaction (plaisir ; de soi et du partenaire) ; problèmes sexuels (douleur, inconfort, dyspareunie, anorgasmie, lubrification, éjaculation, érection, démangeaisons vulvaires) ; importance de la sexualité ; intimité et sentiment de proximité dans le couple ; ajustement dyadique ; seins (perceptions et significations) ; attirance ; image corporelle ; contraception ; qualité de la relation conjugale ; dépression (impact) ; fatigue (impact) ; allaitement (impact) ; sources d'informations sur la sexualité ; consultations pour problèmes sexuels ; et communication entre les partenaires et avec les professionnels de la santé sur la sexualité.

La référence en matière de revue de littérature sur la sexopérinatalité est la méta-analyse de Von Sydow publiée en 1999 qui a analysé 59 études entre 1950 et 1996, regardant toutes les variables étudiées, critiquant la méthodologie des études et suggérant ultimement des pistes de recherche. Il faut toutefois noter que cette étude n'est pas une méta-analyse

quantitative : les résultats rassemblés étant très descriptifs et les méthodolohies des études retenues étant trop hétérogènes, Von Sydow a plutôt opté pour une méta-analyse de contenu, regroupant les données en fonction de catégories qualitatives prédéfinies. Cette étude a entre autres soulevé trois importantes recommandations envers les recherches futures dans le domaine : inclure davantage les couples (2 partenaires) ; inclure dans la même étude plus de variables que seulement le coït (activités sexuelles non génitales et non coïtales) ; et utiliser des méthodes mixtes, combinant questionnaires et entrevues.

Une autre revue de littérature a analysé 48 articles sur la fonction sexuelle féminine pendant et après la grossesse, celle de Serati et collègues en 2010, mais la plupart des études incluses recoupent celles analysées par Von Sydow en 1999. Les résultats et l'article même sont brefs, aucune nouvelle information n'a été ajoutée et il ne comporte aucune critique sur les données. D'autres auteurs ont dévelopé des revues de littérature au fil des années sur la sexualité prénatale (Brown & McDaniel, 2008 ; Calhoun, Selby & King, 1981 ; Hobbs, Bramwell & May, 1999 ; Santiago, Lara, Romao, Tiezzi & Silva, 2013 ; Saucier, 2011), sur la sexualité postnatale (Abdool, Thakar & Sultan, 2009 ; Leeman & Rogers, 2012 ; Reamy & White, 1987) et sur la sexualité périnatale (Brtnicka, Weiss & Zverina, 2009 ; Johnson, 2011). D'autres revues de littérature ont plutôt choisi de cerner un sujet en particulier dans l'univers sexopérinatale, tels que : l'allaitement (Convery & Spatz, 2009 ; LaMarre et al., 2003), le désir sexuel féminin (Regan, Lyle, Otto & Joshi, 2003), le syndrome post-traumatique postpartum (Ayers, 2004), le massage du périnée et son effet sur les traumatismes du périnée à l'accouchement (Beckman & Garrett, 2009), l'impact de la fertilité sur la vie sexuelle des couples (Coëffin-Driol & Giami, 2004), leurs peurs envers l'accouchement chez les hommes (Hanson, Hunter, Bormann & Sobo, 2009), la violence conjugale pendant la grosesse (Séguin, Pimont, Rinfret-Raynor & Cantin, 2000), et les liens entre la fonction sexuelle postnatale et le type d'accouchement (Hicks, Goodall, Quattrone & Lydon-Rochelle, 2004 ; Sayasneh & Pandeva, 2010). Dans l'ensemble, aucune d'entres elles n'ont une aussi grande envergure que celle de Von Sydow et la plupart d'entre elles n'ont pas précisé leur méthodologie. Elles constituent plutôt des rapports généraux de données que des revues de littérature rigoureuses et exhaustives, présentant souvent un profil typique des changements intimes et sexuels brefs et succints, en fonction de quelques variables seulement. Bref, l'article de Von Sydow reste encore la référence en matière de méta-analyse

sur la sexopérinatalité. Toutefois, les articles récents n'ont évidemment pas été inclus et aucune étude récente n'a permis de développer un portrait mis à jour complet et méthodologiquement rigoureux sur la sexualité périnatale depuis 1999. Comme dit précédemment, l'article 1, présenté en Chapitre 4, a donc permis de remédier à cette lacune par un examen de la portée minutieux et exhaustif pour rendre compte des différents changements sexopérinataux vécus par les couples parentaux recensés dans la littérature scientifique dans les 15 dernières années dans le domaine.

Suite aux recommandations de Von Sydow (1999) pour les études subséquentes en sexopérinatalité, le chapitre du livre développé par Haugen, Schmutzer et Wensel (2004) a aussi présenté des pistes de recommandations qui vont dans le même sens. Ce chapitre donne un aperçu général de la sexualité et de la relation de couple pendant la grossesse et en période post-partum et soulève des pistes de recommandations pour les futures recherches dans le domaine : utiliser plus de modèles et de cadres théoriques; s'intéresser à plus de variables que le coït, soit à d'autres types d'activités sexuelles nongénitales (baisers, caresses, etc.) et noncoïtales (cunnilingus, fellation, etc.) ainsi qu'au désir sexuel, à l'excitation, à l'orgasme et à la satisfaction sexuelle; inclure les deux partenaires; utiliser des questionnaires établis avec des propriétés psychométriques validées pour faciliter les comparaisons entre les études; et mesurer la qualité de la relation de couple et de son ajustement lors de la transition à la parentalité, incluant les dimensions de cohésion, de consensus, de satisfaction et d'intimité. Face à ces conseils en matière de futures recherches, il est donc important de noter que les pistes de recommandations émises par Von Sydow et par l'équipe de Haugen seront toutes suivies dans cette recherche, ce qui permettra inévitablement de faire des avancées substantielles dans le domaine sexopérinatal.

2.1.5. Francophones en situation linguistique minoritaire (FSLM) en Ontario

La majorité des études empiriques sur les changements sexopérinataux des couples parentaux n'ont pas portées sur les Canadiens. Par le fait même, s'intéresser à une population de couples parentaux canadiens permettra d'enrichir les études dans le domaine sexopérinatal; leurs besoins sont largement sous-étudiés, voire inconnus. Une récente enquête nationale de l'Agence de la Santé Publique du Canada en 2009 auprès des 6 421 femmes canadiennes sur leur expérience de la maternité a souligné que les « changements

des réactions ou émotions sexuelles » (p. 199) constituent un sujet sur lequel les femmes reçoivent le moins d'attention en période post-partum. Cette même enquête a aussi souligné que les femmes canadiennes interrogées « semblaient bien moins informés sur des questions ayant trait à la transition au rôle de parent (p. ex., changements d'ordre sexuel, exigences physiques, effets sur la relation avec le mari ou le conjoint) » (p. 202). Cette enquête a permis d'obtenir des données sur le domaine sexopérinatal, mais elles restent des généralités concentrées en période post-partum.

Plus particulièrement, s'intéresser aux couples francophones en situation linguistique minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario permettra de faire une première incursion réelle en recherche canadienne dans le domaine auprès d'une population dite unique et largement sous-étudiée. En effet, les francophones de l'Ontario, considérés comme des « communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) » (Gaboury, Guignard Noël, Forgues & Bouchard, 2009, p. 5), sont considérés par plusieurs études contemporaines comme une communauté qui a des spécificités les démarquant de la majorité anglophone en matière de santé, ce qui les rend unique et qui suscite encore plus d'intérêt pour la recherche en matière de santé, notamment en matière de santé sexuelle.

Au Canada, il y environ 2 millions de personnes francophones en situation linguistique minoritaire, soit 6,3% de la population totale canadienne (Warnke & Bouchard, 2013). Avec 611 500 francophones selon les données du recensement canadien de 2011, soit 4,8% de la population totale (OFA [Office des affaires francophones de l'Ontario], 2014), l'Ontario est la province avec la plus forte concentration de FSLM au Canada, en excluant le Québec (Bouchard & Desmeules, 2013 ; Bouchard, Gaboury, Chomienne & Gagnon-Arpin, 2009 ; Corbeil & Lafrenière, 2010 ; Kalay, Chomienne & Farmanova, 2013 ; Meilleur Départ, 2008, 2013 ; Picard & Allaire, 2005). Ils sont particulièrement concentrés dans la région de l'Est de l'Ontario (Est-Champlain et Sud-Est) et 25,2% vivent dans la région d'Ottawa (OFA, 2014). D'un point de vue sociodémographique, ils sont plus âgés, moins scolarisés, moins actifs sur le marché du travail, plus concentrés en milieu rural, ont un revenu familial inférieur et un sentiment d'appartenance à la communauté plus faible que leurs pairs anglophones majoritaires (Bouchard et al., 2012a ; Bouchard & Desmeules, 2013 ; Corbeil & Lafrenière, 2010 ; Gagnon-Arpin, Gaboury & Bouchard, 2009 ; Fédération des communautés francophones et acadienne [FCFA], 2001 ; Picard & Allaire, 2005). Toutes

ces conditions socio-économiques plus précaires et plus vulnérables des FSLM sont associées à un état de santé plus précaire (FCFA, 2001 ; Forgues, Guignard Noël, Nkolo & Boudreau, 2009).

S'intéresser à la santé des francophones en Ontario est un sujet relativement nouveau et un domaine encore peu étudié; par le fait même, le portrait de santé de cette communauté reste encore vague et restreint. Un intérêt marqué dans les années 1990 et 2000 pour les recherches sur la santé des communautés FSLM au Canada s'est développé dans le but ultime de réduire les inégalités sociales de santé affectant cette communauté (Benoit, Bouchard, Leis & Garceau, 2012 ; Forgues et al., 2009 ; Gaboury et al., 2009 ; Leclerc, n.d.). Toutefois, la recherche sur cette communauté se bute encore à de petits échantillons disponibles (Gaboury et al., 2009), à des difficultés pour cerner la variable comme langue et au manque d'harmonisation des variables linguistiques (Gaboury et al., 2009), ainsi qu'à l'absence ou la non-standardisation de la variable linguistique dans les bases de données administratives de santé et dans les enquêtes populationnelles (Bouchard & Desmeules, 2013 ; Forgues & Landry, 2014 ; Gaboury et al., 2009).

Malgré tout, grâce à des recherches pionnières dans le domaine, la langue est de nos jours considérée comme un important déterminant social de la santé (Benoit et al., 2012 ; Bouchard, Beaulieu & Desmeules, 2012 ; Bouchard & Desmeules, 2013 ; Bowen, 2001 ; FCFA, 2001 ; Forgues et al., 2009 ; GTSSF [Groupe de travail sur les services de santé en français] , 2005 ; Kalay et al., 2013 ; Leclerc, n.d. ; Marmen & Delisle, 2003 ; SSF [Société Santé en français], 2008). Bowen (2001) l'a clairement énoncé comme suit : « La recherche laisse également croire que la maîtrise d'une langue officielle est en soi un facteur déterminant de la santé et qu'il peut interagir avec l'origine ethnique et le statut socio-économique. » (p. IX). Les barrières linguistiques peuvent en effet nuire à plusieurs éléments en matière de santé, dont à : l'accès aux soins de santé ; la qualité des soins ; les droits ; la satisfaction des patients et des intervenants ; les résultats des traitements ; l'efficacité des professionnels et du système de santé ; la sécurité ; le diagnostic ; l'adhésion au traitement ; la gestion des conditions de santé ; la confidentialité ; la communication patient-professionnel ; le suivi ; et les consultations en général (Bouchard, 2013 ; Bouchard, Beaulieu & Desmeules, 2012 ; Bowen, 2001 ; FCFA, 2001 ; Forgues, Guignard Noël, Nkolo & Boudreau, 2009 ; Forgues & Landry, 2014 ; Leclerc, n.d. ; SSF, 2008 ; Marmen & Delisle,

2003).

Selon plusieurs recherches (Benoit, Bouchard, Leis & Garceau, 2012 ; Bouchard et al., 2012b ; Bouchard & Desmeules, 2013 ; Gaboury et al., 2009), les FSLM vivent ce que Gaboury, Guignard Noël, Forgues et Bouchard (2009) appellent un « différentiel de santé en défaveur des CFSM », soit les communautés francophones en situation minoritaire (p. 30). Pour Bouchard et Desmeules (2013), le tout est résumé comme suit : « le rapport minoritaire-majoritaire semble traduire une inégalité sociale et d'accès aux ressources qui, en s'ajoutant à d'autres déterminants de la santé, contribue de facto aux disparités de santé » (p. 43). En effet, plusieurs constats généraux de disparités, d'inéquité et d'inégalités en matière de santé ont déjà été émis par rapport au FSLM en comparaison à la majorité anglophone, malgré le portrait encore restreint disponible. Comparativement aux anglophones majoritaires, les FSLM de l'Ontario ont les caractéristiques de santé suivants :

- ils se perçoivent en moins bonne santé que la majorité anglophone (Benoit et al., 2012 ; Bouchard & Desmeules, 2013 ; Bouchard et al., 2009a ; Forgues et al., 2009 ; Gaboury et al., 2009 ; GTSSF, 2005 ; Picard & Allaire, 2005);
- ils déclarent 1 ou plusieurs maladies chroniques (Benoit et al., 2012 ; Bouchard et al., 2012a);
- ils éprouvent plus de difficultés, de limitations et d'incapacités physiques à accomplir des tâches quotidienne (Benoit et al., 2012 ; Bouchard & Desmeules, 2013);
- ils rapportent un IMC (indice de masse corporelle) supérieur, soit plus de surpoids (Benoit et al., 2012 ; Bouchard et al., 2012a ; Gagnon-Arpin et al., 2009 ; Meilleur Départ, 2013);
- ils ont des comportements ou des habitudes de vie moins favorables à la santé (Benoit et al., 2012 ; Bouchard & Desmeules, 2013 ; Gaboury et al., 2009);
- ils sont plus inactifs physiquement (Bouchard et al., 2012a ; Gagnon-Arpin et al., 2009);
- ils rapportent des taux de tabagisme plus élevés (Gagnon-Arpin et al., 2009);
- ils sont davantage exposés à la fumée secondaire (Bouchard et al., 2012a ; Meilleur Départ, 2013);
- et ils soulèvent plus de besoins non-comblés en santé (Bouchard et al., 2009a).

Les FSLM en Ontario ont un droit linguistique fondamental en matière de santé : le français et l'anglais ont un statut égalitaire dans les services hospitaliers, les centres de santé communautaires, les cliniques médicales et les soins à domicile (GTSSF, 2005), et ce selon, entre autres, la Loi Ontarienne sur les services en français instaurée en 1986 (Bouchard et al., 2012b ; Bouchard & Cardinal, 1999 ; Commissariat aux Services en français, 2013 ; Forgues et al., 2009 ; GTSSF, 2005 ; Meilleur Départ, 2013). Pourtant, l'ensemble des études sur la santé des francophones en Ontario a constaté d'emblée qu'il y a un manque évident de soins de santé en français et des difficultés d'accès à ces soins en français dans la province (Bouchard & Cardinal, 1999 ; FCFA, 2001 ; Forgues & Landry, 2014 ; Forgues et al., 2009 ; GTSSF, 2005 ; Leclerc, n.d. ; Marmen et Delisle, 2003 ; Meilleur Départ, 2008). Plus précisément, l'étude de Bouchard et collègues (2009) a souligné que 40% des francophones en Ontario disent avoir un niveau de difficultés très difficile, difficile ou impossible à obtenir des services de santé en français. Aussi, selon Gagnon-Arpin et Bouchard (2011), c'est 30% des francophones à Ottawa qui ont affirmé la même chose. Parallèlement, 75% des francophones en Ontario en général trouvent important d'obtenir des services en français, ainsi que spécifiquement 80% dans la région d'Ottawa et 89% dans la région du sud-est (Gagnon-Arpin & Bouchard, 2011).

De plus, un manque de professionnels francophones de la santé a été soulevé par plusieurs études (Bouchard & Cardinal, 1999 ; Corbeil & Lafrenière, 2010 ; Forgues & Landry, 2014 ; Forgues et al., 2009 ; Gagnon-Arpin & Bouchard, 2011 ; Leclerc, n.d. ; Marmen & Delisle, 2003 ; Meilleur Départ, 2008), notamment dû aux difficultés de recrutement et de maintien du personnel, le roulement élevé de ce dernier causant de nombreuses interruptions dans les suivis médicaux (Bouchard & Cardinal, 1999 ; Leclerc, n.d.). Selon Corbeil et Lafrenière (2010), 23% des médecins et 12% des infirmières travaillant en Ontario déclaraient pouvoir soutenir une conversation en français en 2006; à Ottawa, le pourcentage augmentait à 42% pour les médecins et à 44% pour les infirmières. Aussi, selon l'étude de Forgues et Landry (2014) auprès de 6514 participants à des entrevues avec des francophones, dont 2 095 en Ontario, pour 83%, les services de santé sont disponibles en français ou en français et anglais, mais 69% de ces services sont disponibles en français et en anglais et 14% le sont en français uniquement, le pourcentage diminuant quand la proportion de francophones diminuait dans la région étudiée. Pour sa part, l'étude

de Warnke et Bouchard (2013), qui a développé l'IPSLOM, l'indice comparatif de la disponibilité des professionnels de la santé pouvant de desservir en langue officielle minoritaire au Canada, a souligné que les communautés linguistiques en situation minoritaires étaient désavantagés dans 13 régions sur 14 en Ontario. Aussi, comme l'a laissé entendre Marmen et Delisle (2003), le nombre de professionnels n'est pas suffisant dans l'équation d'accès; les professionnels concernés doivent être dans une région avec un accès facile pour les utilisateurs, ce qui n'est pas le cas dans les régions éloignées en Ontario.

Enfin, les services de santé existants sont souvent dits mal identifiés ou même inexistants dans certaines régions, l'accessibilité étant donc inégale et compromise dans bien des cas (Bouchard & Cardinal, 1999 ; Forgues et al., 2009 ; Gaboury et al., 2009 ; Leclerc, n.d. ; Marmen & Delisle, 2003 ; Meilleur Départ, 2008). Un manque flagrant de coordination des services ainsi qu'un manque de promotion de la santé et de prévention des maladies ont aussi été soulignés comme compléments à ce manque de services (Forgues et al., 2009 ; Leclerc, n.d.), tout comme des variations importantes en fonction des régions (FCFA, 2001 ; Forgues et al., 2009 ; Forgues & Landry, 2014 ; Gaboury et al., 2009 ; Leclerc, n.d. ; Marmen & Delisle, 2003 ; Meilleur Départ, 2013). Par exemple, l'étude de Marmen et Delisle (2003) a démontré que 91% des professionnels de la santé de l'Ontario vivent et pratiquent dans les centres urbains, tandis que les francophones ontariens vivent davantage dans des régions rurales (Bouchard et al., 2009a ; Marmen & Delisle, 2003 ; Picard & Allaire, 2005).

En outre, les études de Leclerc (n.d.) ainsi que de Bouchard et Cardinal (1999), s'étant particulièrement intéressées aux femmes francophones, ont souligné entre autres leur volonté primordiale d'obtenir des services de santé en français de qualité, soit avec des professionnels « compétents, à l'écoute de leurs besoins et de ceux de leur famille, accessibles et polyvalents dans leur langue » (Leclerc, n.d., para. 12), et ce, autant en matière de problèmes physiques que psychologiques.

Bref, il existe des barrières d'accessibilité en matière de soins de santé d'ordre géographique, administratif, linguistique et culturel pour les francophones en Ontario, faisant d'eux une population possédant un statut inéquitable en santé, ce qui mérite une attention particulière.

2.1.6. Sexopérinatalité et couples parentaux FSLM

Selon la récente étude de Lacaze-Masmonteil et collègues (2013), l'impact de la langue, en tant que déterminant social de la santé, est plus grand pendant la période périnatale, surtout dans les période critiques (accouchement, complications) : les femmes et les hommes ont des besoins spécifiques pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum et le stress accru lors des soins périnataux dû à une incompatabilité linguistique a un impact sur l'accouchement, la santé de la mère et la santé du bébé.

Toutefois, comme dit précédemment, en matière de sexopérinatalité, aucune recherche n'est, à ce jour, existante chez les couples parentaux francophones de l'Ontario, tout comme en matière de santé sexuelle en général, mis à part l'étude de Moreau et collègues (2013) qui s'est intéressée en partie à ce sujet chez les couples parentaux francophones donnant naissance dans un hôpital francophone d'Ottawa, mais dont l'aspect intime et sexuel n'était qu'une composante mineure de l'étude générale. L'étude de Picard et Allaire (2005) a souligné l'importance de promouvoir la santé et le mieux-être des francophones, notamment par une sexualité saine, mais c'est une des seules références à la sexualité, bien que non reliée au contexte périnatal. Ce rapport souligne toutefois l'importance de la sexualité chez les francophones en Ontario, mettant l'emphase sur la sexualité comme une valeur importante pour les couples, comme le laisse sous-entendre l'extrait suivant : « les francophones ont moins tendance à être abstinents (9% ont affirmé n'avoir pas eu de partenaire sexuel dans les 12 derniers mois) que les autres groupes sociolinguistiques (13% pour les anglophones et 15% pour les allophones) ou que l'ensemble de la population ontarienne (13%). »

Dans la même lignée, un des seuls documents abordant la santé maternelle et infantile des francophones en Ontario, celui de Meilleur Départ (2008), a souligné la diversité de la communauté francophone ontarienne et un « manque de services en français aux nouvelles mères et jeunes familles dans le cadre de la promotion de la santé et de la prévention » (p. 2), mais rien n'est dit plus précisément, encore moins par rapport à l'intimité et la sexualité des couples. La mise à jour de ce document en 2013 (Meilleur Départ, 2013) n'en n'a aussi pas fait mention. Rien n'est également mentionné sur le sujet dans le document « Étape par étape » de Meilleur Départ (2012), document qui soulève l'importance de l'engagement des pères dans les programmes pour les familles en Ontario.

2.2. Conceptualisation théorique

Cette section présente différentes considérations théoriques qui ont été prises en compte dans l'élaboration de cette étude. D'abord, l'approche équitable en santé des populations sera exposée, constituant la trame de fond de cette étude et correspondant à la vision générale utilisée pour conceptualiser cette recherche dans son ensemble. Ensuite, trois théories ainsi qu'un modèle écologique seront présentés; chacune d'entre elles, avec en leur centre le modèle en question, a permis de situer et d'ancrer le sujet abordé, les buts de cette recherche et la population étudiée. La dernière section, pour sa part, fait le lien entre les trois différentes approches théoriques ainsi qu'avec le modèle retenus, démontrant comment elles s'imbriquent et se complémentent pour mieux contextualiser les bases de cette étude. Cette dernière section permettra aussi de détailler comment l'approche équitable en santé des populations englobe et guide l'orientation générale de l'étude en question, particulièrement en ce qui a trait à la population visée par cette étude.

2.2.1. Approche équitable en santé des populations

Dans le cadre d'une approche équitable en santé des populations, une conceptualisation de la santé demande une vision multidimensionnelle et une approche holistique, comme le laisse entendre la définition suivante: « Population health refers to the health of a population as measured by health status indicators and as influenced by social, economic and physical environment, personal health practices, individual capacity and coping skills, human biology, early childhood development, and health services. As an approach, populations health focuses on the interrelated conditions and factors that influence the health of population over the life course. » (Dunn & Hayes, 1999, p. S7 ; définition reprise par Kindig, 2007) De plus, au sein de cette approche, la question d'équité en santé est centrale. L'équité revêt une dimension morale, éthique et de justice sociale et distributive: l'inéquité est injuste, inutile, non nécessaire et évitable (Whitehead, 1992).

Les inéquités en santé sont directement liés aux déterminants sociaux de la santé, comme le souligne le Gouvernement du Canada en 2008 (p. 1) : « These inequalities in health status are partially due to social and economic factors that influence health behaviours and health outcomes. » L'Agence de Santé Publique du Canada (2001, p. 1) décrit spécifiquement les déterminants sociaux de la santé comme suit : « At every stage of life,

health is determined by complex interactions between social and economic factors, the physical environment and individual behavior. These factors are referred to as « determinants of health ». They do not exist in isolation from each other. It is the combined influence of the determinants of health that determines health status. » Selon plusieurs sources (ASPC, 2001, 2011 ; Gouvernement du Canada, 2008 ; Kindig, 2007 ; OMS [Organisation Mondiale de la Santé], 2008 ; Reading & Wien, 2009), la liste des déterminants sociaux de la santé comprend les items suivants : biologie et génétique ; développement de l'enfant ; genre ; statut socio-économique (lié au revenu) ; emploi et conditions de travail ; éducation ; conditions de vie et de logement ; services de santé (accès, quantité et qualité) ; environnement physique (eau, air, contaminants, design des quartiers) ; soutien social ; comportements de santé et aptitudes de résilience (« coping skills ») ; environnement social (contexte historique, politique et économique) ; ainsi que langue (Bouchard et al., 2009a) et culture (ASPC, 2011 ; Gouvernement du Canada, 2008 ; Kindig, 2007 ; OMS, 2008 ; Reading & Wien, 2009).

2.2.2. Théorie des trajectoires de vie

Pour comprendre la santé d'un individu et ultimement d'une population, l'approche des trajectoires de vie (« life-course approach ») tient compte des multiples influences à travers le parcours de vie qui déterminent la santé (Benson, 2001 ; Estey, Kmetic & Reading, 2007 ; Hertzman & Power, 2006 ; Mishra, Cooper & Kuh, 2010 ; OMS, n.d. ; Reading & Wien, 2009). Cette approche holistique et multidisciplinaire met l'emphase sur une perspective longitudinale (processus continu dans le temps) où chaque trajectoire de vie individuelle sera exposée à des circonstances tantôt bénéfiques, tantôt néfastes, affectant en bout de ligne la santé et le bien-être des individus (Benson, 2001 ; Estey et al., 2007 ; Hertzman & Power, 2006 ; Mishra et al., 2010 ; OMS, n.d. ; Reading & Wien, 2009); plus il y a accumulation de circonstances et de facteurs néfastes, moins bonne la santé sera. Ces circonstances et influences sur la santé sont liées à différents déterminants de la santé de trois niveaux : micro, méso et macro (Benson, 2001 ; Estey et al., 2007 ; Hertzman & Power, 2006 ; OMS, n.d. ; Reading & Wien, 2009). Le niveau micro correspond à la vie personnelle et inclut la génétique, la biologie, les styles de vie ainsi que le réseau de soutien social immédiat. Pour sa part, le niveau méso inclut la communauté et le lieu de travail immédiat de

la personne, tandis que le niveau macro comprend les conditions socio-économiques et environnementales. Mishra, Cooper et Kuh (2010, p. 93) résument parfaitement cette approche comme suit : « A life course approach examines how biological (including genetics), behavioural and social factors throughout life, and across generations, act independently, cumulatively and interactively to influence health. »

L'approche des trajectoires de vie accorde une grande importance aux étapes clés de la vie qui influencent la santé (Estey et al., 2007 ; OMS, n.d.), notamment la période périnatale (incluant la grossesse, l'accouchement et les premiers deux ans postnataux) (Mishra et al., 2010 ; OMS, n.d. ; Reading & Wien, 2009). Ces étapes clés sont des transitions inhérentes aux trajectoires de vie, comme le souligne Benson (2001, p. 4) : « Transitions are always embedded in trajectories, and the states that make up a trajectory are always linked to one another by transitions. » Ces transitions sont importantes, car elles peuvent être les pivots de changements majeurs dans la trajectoire de vie et affecter la santé de façon significative.

2.2.3. Théories des transitions

La famille des théories des transitions est grande, mais les deux définitions suivantes couvrent les principes généraux intégrateurs : « Transitions are triggered by critical events and changes in individuals or environments. The transition experience begins as soon as an event or change is anticipated. » (Meleis, 2010, p. 11) ; « a period of change between two relatively stable states » (Chick & Meleis, 2010, p. 34-35). Selon les écrits de Meleis (2010) ainsi que Schumacher et Meleis (2010), représentant deux des principaux ouvrages sur la question, il existe plusieurs types de transitions : développementales, qui couvrent le développement et la croissance de l'humain; situationnelles, dont celles reliées à la santé-maladie; et organisationnelles. Dans tous les cas, certaines caractéristiques restent centrales: ces transitions sont complexes et multidimensionnelles; elles créent un stress qui demande une mobilisation des ressources; elles constituent un processus dans le temps; elles sont essentiellement positives, puisqu'elles permettent l'atteinte d'une meilleure stabilité chez l'humain; et elles amènent inévitablement un changement chez la personne qui les vit, que ce soit au plan de l'identité, des rôles, des relations, des habiletés, des buts, des visions ou de la conception de soi.

2.2.4. Théorie de la transition à la parentalité

Au sein des théories des transitions, une concerne particulièrement notre sujet d'étude : la théorie de la transition à la parentalité. Couramment définie comme une transition ou une étape cruciale de développement (Antonucci & Mikus, 1988 ; Hattar-Pollara, 2010 ; Mercer, 2010 ; Poissant, 2011 ; Schumacher & Meleis, 2010), la transition à la parentalité est aussi vue comme une transition de vie, créant des changements complexes, profonds et irréversibles (Selder, 1989). Selon Meleis et collègues (2010), la transition à la parentalité couvre la période entre la décision d'entreprendre la grossesse ou de la continuer et le moment où le rôle de parent est intégré dans l'identité des individus impliqués. Cette période se termine typiquement lorsque l'enfant a deux ans (Polomeno, 2000).

Cette transition possède des caractéristiques particulières. Elle constitue d'abord une période de déséquilibre émotionnellement intense et demandante pour les futurs et nouveaux couples parentaux (Antonucci & Mikus, 1988 ; Glade et al., 2005). Cette transition est de plus un phénomène systémique qui affecte le développement des individus, du couple, de l'enfant et de la famille (Cowan & Cowan, 1988, 2000 ; Fedele, Golding, Grossman & Pollack, 1988 ; Glade et al., 2005 ; Goldberg & Michaels, 1988). Aussi, la transition à la parentalité permet l'acquisition d'un nouveau rôle ou d'une nouvelle identité d'ordre psycho-socio-sexuel chez les futurs et nouveaux parents (Antonucci & Mikus, 1988 ; Cowan & Cowan, 1988, 2000 ; Glade et al., 2005 ; Goldberg & Michaels, 1988 ; Mercer, 2010 ; Swendsen, Meleis & Jones, 2010 ; Twenge et al., 2003). Enfin, il a été noté par plusieurs écrits sur le sujet qu'un des éléments essentiels pour faciliter cette transition est le soutien social, provenant de plusieurs sources possibles: famille (incluant parents et beaux-parents), amis, pairs, voisins, collègues de travail, professionnels de la santé, groupe de soutien et institutions (Antonucci & Mikus, 1988 ; Cowan & Cowan, 1988, 2000 ; Glade et al., 2005 ; Goldberg & Michaels, 1988 ; Gottlieb & Pancer, 1988 ; Poissant, 2011 ; Swendsen et al., 2010).

2.2.4.1. Modèle écologique d'adaptation à la transition à la parentalité

S'inscrivant en plein coeur de la théorie de la transition à la parentalité, un modèle écologique d'adaptation maritale et familiale a été développé par Cowan et Cowan (1988, 2000). Ce modèle souligne l'interrelation et l'influence réciproque entre les cinq domaines

qui le compose, soient : « 1) The characteristics of each individual in the family, with special emphasis on self-concept and self-esteem ; 2) The husband-wife relationship, with special emphasis on their division of labor and patterns of communication ; 3) The relationship between each parent and the child ; 4) The connection between patterns in the new family and the two families of origin ; 5) The balance between parents' external sources of stress and support, with special emphasis on social networks and jobs or careers » (1988, p. 122-123). Tous ces facteurs influencent la transition à la parentalité et sont à la fois influencés par tous les changements qu'amène cette transition importante pour les futurs et nouveaux parents.

Un des constats intéressants émis par Cowan et Cowan (1988, 2000) en lien avec ce modèle est l'importance de la relation maritale/conjugale intime et sexuelle lors de la transition à la parentalité. Pour eux, la qualité de la relation conjugale est au centre de cette transition, comme le souligne clairement les deux extraits suivants de leurs écrits: « central role of marital quality in men's and women's adaptation to parenthood » (Cowan & Cowan, 2000, p. 167) ; « … the quality of the partner's marriage is an essential ingredient of the tone and quality of life in the family. We have seen that how mothers, fathers, and children cope with their early family transitions depends in large part on how the couple is managing their relationship. It seems that the parents' marriage can magnify the difficulties in each of the family domains when it is in trouble as well as acting as a buffer, protecting couples from additional strain when it goes well. » (Cowan & Cowan, 2000, p. 210) Il va donc sans dire que la transition à la parentalité affecte particulièrement la sphère ou la relation intime et sexuelle maritale/conjugale des couples (Cowan & Cowan, 1988, 2000 ; Glade et al., 2005 ; Poissant, 2011 ; Twenge et al., 2003).

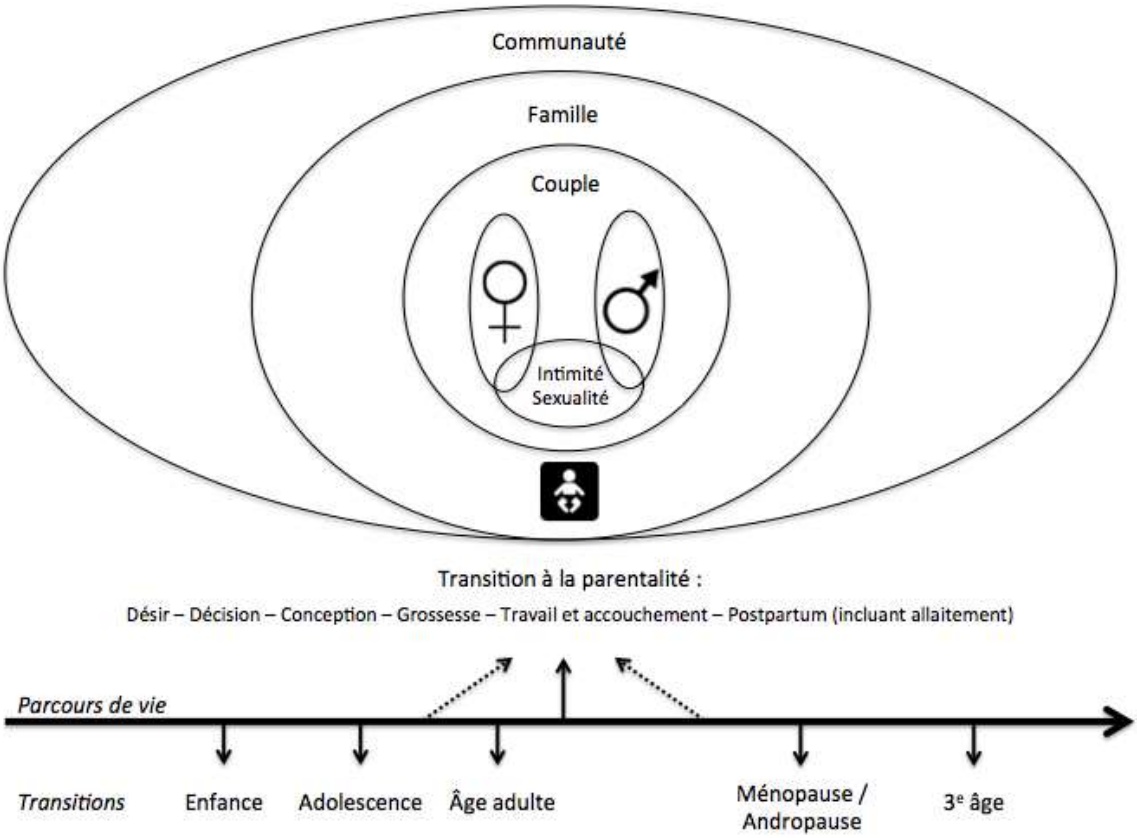
2.2.5. Considérations théoriques de l'étude

Le principal sujet abordé par cette étude, soit la sexopérinatalité, fait partie intégrante des trois dernières théories qui s'emboîtent les unes dans les autres, avec au centre de ces dernières, le modèle écologique de Cowan et Cowan d'adaptation conjugale. En effet, si une logique inverse à la présentation succesive des trois théories présentées ainsi que du modèle est utilisée, le sujet d'étude est pertinent et bien ancré théoriquement. D'abord, le modèle écologique de Cowan et Cowan permet de cerner spécifiquement notre sujet d'étude qu'est la

sexopérinatalité, en mettant l'emphase, dans notre étude, sur les deux premiers domaines composant le dit modèle, soit les caractéristiques individuelles des deux partenaires du couple parental ainsi que la relation conjugale en tant que telle. Chacun de ces domaines constitue les prémisses de base de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux et forment donc les éléments centraux de notre analyse sexopérinatale. Ensuite, la transition à la parentalité est considérée comme une étape cruciale de développement et de vie qui affecte l'individu, le couple et la famille et qui demande une adaptation adaptée et spécifique chez les couples parentaux, particulièrement en matière d'intimité et de sexualité. Cette transition s'incrit elle-même dans le grand courant des théories des transitions qui mettent l'accent sur des événements critiques de stress auxquels les individus doivent s'adapter pour retrouver un équilibre, notamment en matière de santé, comme le demande la transition à la parentalité en matière de santé sexuelle plus particulièrement. Plus largement, la transition à la parentalité constitue une étape clé dans les trajectoires de vie des individus et amène encore une fois des changements majeurs affectant significativement la vie, la santé et par le fait même, la santé sexuelle et la sexualité pendant la grossesse, l'accouchement et le postpartum. Ce modèle et ces trois théories permettent donc de situer le sujet de cette étude et de justifier sa pertinence. La Figure 1 présente la schématisation de la sexopérinatalité, soit l'intimité et la sexualité des couples parentaux, quand on tient compte de la vision complémentaire des trois théories impliquées.

Pour sa part, l'approche équitable en santé des populations est l'approche théorique en trame de fond qui soutient et oriente globalement cette étude au complet, justifiant à la fois le sujet, les buts de recherche, mais aussi particulièrement la population choisie. D'abord, cette approche multidimensionnelle et holistique de la santé justifie d'emblée l'intérêt pour le sujet : la santé sexuelle fait partie intégrante de la santé globale de l'être humain et en est une composante souvent négligée ou peu recherchée. Plus spécifiquement, la santé sexuelle périnatale est un domaine de la santé sexuelle qui doit être explorée d'une façon multidimensionnelle, relevant de divers facteurs d'ordre différents. La santé sexuelle périnatale correspond peut-être à une petite portion de la santé sexuelle globale et à une portion encore plus minime de la santé humaine globale, mais elle mérite tout de même une attention particulière puisqu'elle s'inscrit dans une transition cruciale (transition à la parentalité) des plus communes dans les trajectoires de vie des individus qui est affectée par

Figure 1. Schématisation théorique de la sexopérinatalité



une multitude de déterminants sociaux de la santé qui peuvent à leur tour créer des inéquités en santé et affecter les individus, les couples, les familles et les communautés. Le vécu sexopérinatal qui sera exploré dans cette étude met l'emphase sur l'intimité et la sexualité des couples parentaux qui subissent d'importants changements pendant et après la grossesse et qui leur demandent alors de s'adapter pour regagner une meilleure qualité de vie sexuelle, et par effet domino, qui contribue à une meilleure santé globale des individus, des couples, de leur famille et, par extension, de leur communauté.

Faire le portrait de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux ne peut toutefois pas seulement se limiter à l'exploration et à l'évaluation de leur vécu en matière d'intimité et de sexualité. L'expérience sexopérinatale est un concept complexe qui regroupe les dimensions de vécu, de besoins et de services ; les trois ont un impact réciproque les uns sur les autres et ne peuvent donc pas être analysés en silo, mais doivent l'être en complémentarité, dans optique multidimentionnelle et interactive. Bref, pour connaître les

services offerts, utilisés, manquants et souhaités, il faut d'abord connaître les besoins et pour cerner les besoins, il faut connaître l'expérience des couples parentaux en matière de sexopérinatalité.

En s'inscrivant dans une approche de santé des populations qui prône l'équité en santé, les différents déterminants de la santé doivent être tenus en compte, ici plus spécifiquement les déterminants sociaux de la santé sexuelle périnatale. Il est évident que plusieurs déterminants entrent en jeu dans la santé sexuelle périnatale des couples parentaux, qu'ils soient d'ordre physique, psychologique, relationnel ou social. La Figure 2 donne un portrait sommaire des différents déterminants sexopérinataux en les regroupant en cinq grandes catégories avec exemples à l'appui, sans toutefois être exhaustif. Pour notre étude, les facteurs physiques, psychologiques et relationnels, ainsi que certains facteurs d'ordre social et environnemental, sont donc abordés en étudiant les variables reliées au vécu sexopérinatal de chacun des individus et chez les couples (voir section Méthodologie pour plus de précisions sur les variables utilisées).

De plus, deux autres principaux déterminants sociaux ont retenus notre attention en fonction de la population choisie et ont aussi été inscrits dans la schématisation des déterminants sexopérinataux : celui des services de santé et celui de la langue (voir Figure 2). Les couples parentaux FSLM constituent une communauté vivant déjà un manque d'accès aux services de santé et, surtout, un manque d'accès aux services de santé en français. De plus, comme Lacaze-Masmonteil et collègues (2013) l'ont clairement souligné dans leur étude mixte jetant les prémisses du premier portrait périnatal des francophones en situation minoritaire linguistique vivant en Alberta et au Nouveau-Brunswick, l'impact de la langue est augmenté pendant la période périnatale et peut donc directement influencer l'accès, la qualité et la satisfaction face aux services sexopérinataux. Par conséquent, si le stress est accru lors des soins périnataux à cause d'incomptabilités langagières, cela peut avoir un impact négatif sur l'accouchement, sur la santé de la mère et sur la santé du bébé. Le tout peut alors avoir des répercussions sur la relation conjugale, intime et sexuelle des couples parentaux, et peut alors, par effet domino, affecter la famille et la communauté. Par le fait même, la langue doit être étudiée comme facteur qui peut moduler l'accès, la qualité et la satisfaction face aux services de santé, notamment en matière de sexopérinatalité. En effet, la sexualité est d'emblée un sujet sensible et souvent difficile à aborder et peut l'être encore

plus dans une autre langue que la langue maternelle du patient. La langue peut devenir un obstacle supplémentaire au simple fait de parler de sexualité dans le contexte périnatal et puisque l'intimité et la sexualité sont a priori au centre de la santé sexuelle périnatale, les répercussions sur les individus, sur le couple, sur la famille et même sur la communauté à court, moyen et long terme peuvent être importantes. Si la langue devient un obstacle de plus, l'accès équitable aux services de santé sexopérinataux peut être remis en cause et ainsi créer un différentiel inéquitable en santé pour les FSLM.

Dans notre contexte d'étude, la langue n'est pas nécessairement un déterminant social de la santé sexuelle périnatale, mais intervient et module un autre déterminant fondamental, soit les services de santé (voir Figure 2). Les services de santé sexopérinataux peuvent aider les couples parentaux à surmonter et à s'adapter aux changements intimes et sexuels que la transition à la parentalité apporte. En offrant information, soutien et réassurance, les services de santé sexuelle périnatale peuvent contribuer au bien-être de la sexualité périnatale.

Bref, s'intéresser à la fois aux services de santé sexopérinataux comme déterminant de la santé sexuelle périnatale ainsi qu'à la langue comme facteur pouvant moduler l'accès, la qualité et la satisfaction face à de tels services, s'inscrit parfaitement dans une approche équitable en santé des populations.

Figure 2. Déterminants sexopérinataux – Portrait sommaire



En adoptant une approche équitable en santé des populations pour guider l'orientation globale de cette recherche et en s'inscrivant et en s'ancrant dans les trois théories ainsi que dans le modèle discutés, cette étude exploratoire multidimensionnelle sur la sexopérinatalité chez les couples parentaux FSLM prend tout son sens. La conceptualisation théorique de cette étude, autant en matière de but de recherche, de sujet et de population, est donc justifiée. La sexopérinatalité, un sujet crucial pour les couples parentaux en transition à la parentalité, doit être explorée en tenant compte de l'expérience globale de ces derniers, ce qui inclut leur vécu, mais aussi leurs besoins et les services de santé qui les concernent dans le domaine, particulièrement les services en fonction de leur langue, considérant leur statut de FSLM. C'est dans une optique de promotion du couple, de la famille et de la société qui veut favoriser l'accès équitable et adapté aux services de soins collaboratifs, continus et durables en matière de santé sexuelle, notamment au plan de la langue, que cette recherche prend tout son sens.

Chapitre 3 : Méthodologie

Ce chapitre présente la méthodologie générale de cette thèse et il est divisé en 8 sous-sections : type de recherche ; devis ; échantillon ; recrutement ; variables étudiées ; participation et instruments ; analyses ; et considérations éthiques. Ces sections développent différents aspects de la méthodologie utilisée pour ce projet de thèse et permet de faire le lien entre chacun d'eux et la littérature sur le sujet afin de mieux ancrer ce projet et ses différents pôles dans une méthodologie scientifique de recherche. À la fin, une dernière et neuvième partie permettra de donner quelques précisions supplémentaires sur la méthodologie utilisée pour développer l'Article 1 présent en Chapitre 4, soit des précisions concernant l'examen de la portée fait sur la sexopérinatalité.

3.1. Type de recherche

Le type de recherche qui a été utilisé dans cette thèse est une étude de cas descriptive et exploratoire. Pour Yin (2009), cette méthodologie est définie comme : « an empirical study that investigates a contemporary phenomenon in depth and within its real-life context » (p. 18). Toujours selon Yin (2009), trois caractéristiques de base la distinguent : elle permet de répondre aux questions « how » (comment) et « why » (pourquoi); elle ne requiert aucun contrôle des événements; et elle se concentre sur les événements contemporains. Dans le cas de cette recherche, l'étude de cas a été tout à fait appropriée pour répondre aux interrogations de départ, le but ultime de cette recherche étant de savoir : 1) comment les couples parentaux franco-ontariens vivent et s'adaptent en matière d'intimité et de sexualité lors de la transition à la parentalité ? ; et 2) comment la langue (le français) influence l'accès aux services sexopérinataux dans un contexte anglophone majoritaire ?

Entre autres, l'étude de cas peut être exploratoire et descriptive (Gagnon, 2012 ; Yin, 2012) ; l'étude de cas exploratoire est notamment utilisée pour mieux comprendre les sujets qui « ont été peu ou pas explorés » (Gagnon, 2012, p. 15), comme c'est le cas avec cette recherche-ci. Il y a peu d'études sur la sexualité périnatale en général et encore moins au Canada (Adams, 1988 ; Bartellas et al., 2000 ; Cappell, 2014 ; Chivers et al., 2011 ; de Montigny et al., 2014 ; Klein et al., 2005 ; Polomeno, 1999 ; Rowland et al., 2005). Aucune étude sur le sujet auprès des francophones en Ontario n'a été développée jusqu'à présent. Cette étude a permis d'avoir un premier portrait descriptif du phénomène de la sexualité

périnatale dans une population unique, les francophones en Ontario, plus particulièrement ceux dans la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario, dans son contexte actuel. Des études subséquentes pourront développer ce portrait et confirmer ou infirmer les résultats obtenus avec un échantillon représentatif et plus grand ; des comparaisons avec d'autres populations pourront également être faites, comme par exemples les francophones de d'autres provinces canadiennes. Malgré tout, cette étude a été le premier pas à faire sur une question encore peu étudiée et a donc été qualifiée de niveau exploratoire et descriptif.

L'étude de cas est particulièrement appropriée pour aborder des questions qui veulent expliquer les circonstances présentes et pour faire une exploration ou une description riche en profondeur d'un phénomène social complexe/unité (personne ou communauté) dans le but de mieux le comprendre dans son ensemble/d'une façon holistique et dans ses spécificités, en tenant compte de son contexte réel (Gagnon, 2012 ; Stake, 2005 ; Yin, 2009, 2012). Plus particulièrement, le livre de Yin (2009) sur la recherche par l'étude de cas a soulevé l'utilité de cette méthodologie comme suit : « is used in many situations, to contribute to our knowledge of individual, group, organizatonal, social, political, and related phenomena […] the case study method allows investigators to retain the holistic and meaningful characteristics of real-life events » (p. 4). Par le fait même, le but ultime de l'étude de cas est de décrire en profondeur et de mieux comprendre un cas, soit un sujet ou un phénomène d'étude particulier, comme l'a clairement énoncé Yin (2012, p. 4) : « All case study research starts from the same compelling feature : the desire to derive a(n) (up-)close or otherwise in-depth understanding of a single or small number of « cases » set in their real-world contexts… ». Cette étude a servi à développer un portrait riche et complet de la sexualité périnatale, phénomène complexe, chez les couples parentaux franco-ontariens de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Le vécu sexopérinatal a été détaillé et rendu d'une façon approfondie en présentant le plus grand nombre de ses dimensions inhérentes (ajustement dyadique, relation intime et conjugale et plus de 40 variables sexuelles spécifiques). En plus du vécu expérientiel de l'intimité et de la sexualité, l'expérience globale de la sexopérinatalité de ces couples a couvert également leurs besoins et les services sexopérinataux offerts, utilisés, manquants et souhaités.

Pour Stake (2005), l'étude de cas permet de diriger l'attention principale sur le savoir expérientiel des participants où l'emphase est mise sur leur description et leur interprétation

personnelle des événements, sur leurs opinions et sur leurs sentiments. Une importance essentielle est portée sur la réflexion et sur l'expérience et l'interprétation subjective, expérientielle, personnelle et particulière, comme l'a souligné l'extrait suivant de Stake (2005) : « concentrates on experiential knowledge of the case and close attention to the influence of its social, political, and other contexts » (p. 444). L'expérience des participants dans leur contexte est donc centrale à l'étude de cas (Gagnon, 2012 ; Stake, 2005 ; Yin, 2009, 2012), comme dans le cas de cette étude-ci qui a permis de mettre l'accent sur l'expérience subjective des nouveaux couples parentaux francophones en matière d'intimité et de sexualité périnatales lors de la transition à la parentalité.

L'étude de cas soulève parfois des questionnements en recherche. Selon Yin (2009), le manque de rigueur qui y est parfois associé peut être contré par l'utilisation de procédures et de méthodes claires et systématiques pendant la recherche. De plus, Yin (2009) a soulevé que l'étude de cas permet d'avoir des données précieuses pour faire un complément aux « true experiments » (p. 15) qui dominent les recherches actuelles où les relations causales forment la norme.

Pour ce qui est de l'argument de manque de généralisation possible, Yin (2009) a rappelé que généraliser n'est pas le but premier de l'étude de cas et que les résultats sont « generalizable to theoretical propositions and not to populations or universes » (p. 15). Gagnon (2012, p. 14) est allé dans le même sens en rappelant le but ultime de l'étude de cas : « Le design d'étude met alors l'accent sur l'optimisation de la compréhension d'un phénomène plutôt que sur la généralisation des résultats. » Par le fait même, ce qui ressort d'une étude de cas peut s'inscrire dans une théorie et devenir ainsi généralisable dans ce contexte théorique général, mais pas nécessairement à toutes les populations. Dans la même lignée d'idée, Stake (2005) a affirmé que la généralisation des résultats n'était pas le but ultime quand on s'attarde à un cas : « The purpose of a case report is not to represent the world, but to represent the case » (p. 460). Les études de cas ne permettent donc pas une généralisation statistique à la population de référence développée à partir d'un échantillon de participants statistiquement représentatif, mais permettent plutôt une généralisation théorique ou analytique à l'aide d'un échantillon dit théorique (Gagnon, 2012 ; Stake, 2005 ; Yin, 2009, 2012).

Dans le cas de ce projet de thèse, les participants choisis ont formé un échantillon théorique ; ils ont été choisis, car ils forment les cas les plus informatifs sur le phénomène et non parce qu'ils représentent exactement la population de référence. Par conséquent, l'échantillon requis n'a pas dû être nécessairement statistiquement représentatif. Le but de cette étude n'était pas de généraliser les résultats obtenus à la population de référence, mais bien de comprendre en profondeur le phénomène étudié en lumière d'une ou plusieurs théories : « A fatal flaw in doing case studies is to conceive of statistical generalization as the method of generalizing the results of your case study. This is because your cases are not « sampling units » and should not be chosen for this reason. […] Under these circumstances, the mode of generalization is analytic generalization, in which a previously developed theory is used as a template with which to compare the empirical results of the case study. » (Yin, 2009, p. 38). Par le fait même, les résultats de cette étude sont généralisables à deux théories (théories de la transition à la parentalité et théorie des inéquités en santé) sous-tendant les questions de recherche, et non à la population de référence.

Toujours selon Yin (2009, 2012), il existe quatre modèles d'étude de cas résumés par la figure suivante : étude de cas unique holistique avec une seule unité d'analyse, étude de cas multiples holistique avec une seule unité d'analyse, étude de cas unique « embedded » (soit intégré ou incorporé, selon une traduction libre) avec multiples unités d'analyse et étude de cas multiples « embedded » (soit intégré ou incorporé, selon une traduction libre) avec multiples unités d'analyse (voir Figure 3).

Dans tous les cas, deux principales composantes sont inscrites dans une étude de cas (Yin, 2009, 2012) :

1) le contexte, soit les limites psycho-socio-géographiques qui délimitent et circonscrivent le sujet d'étude/le cas ;
2) le cas, soit le sujet ou phénomène d'étude qui correspond à la principale unité d'analyse.

Le cas peut être de plusieurs types : il peut correspondre à des individus, à un groupe d'individus, à une communauté ou à une organisation. Dans les formes « embedded » d'étude de cas, une troisième composante s'ajoute à l'étude de cas : les unités d'analyses. En effet, un même cas peut aussi avoir plus d'une unité d'analyse spécifique : « within a single case, attention is also given to a subunit or subunits » (Yin, 2009, p. 50). Les unités d'analyse

correspondent donc aux sous-unités du cas principal ou aux éléments particuliers qui composent le cas étudié. Elles sont les sources réelles et concrètes d'information qui permettent de rendre compte du cas et elles peuvent correspondre à des individus, à des documents, et à des artéfacts.

Figure 3. Modèles d'étude de cas

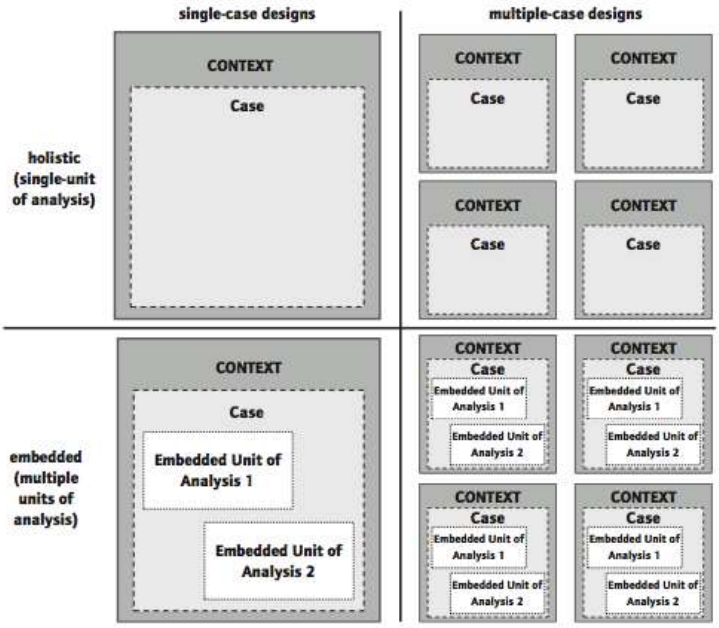


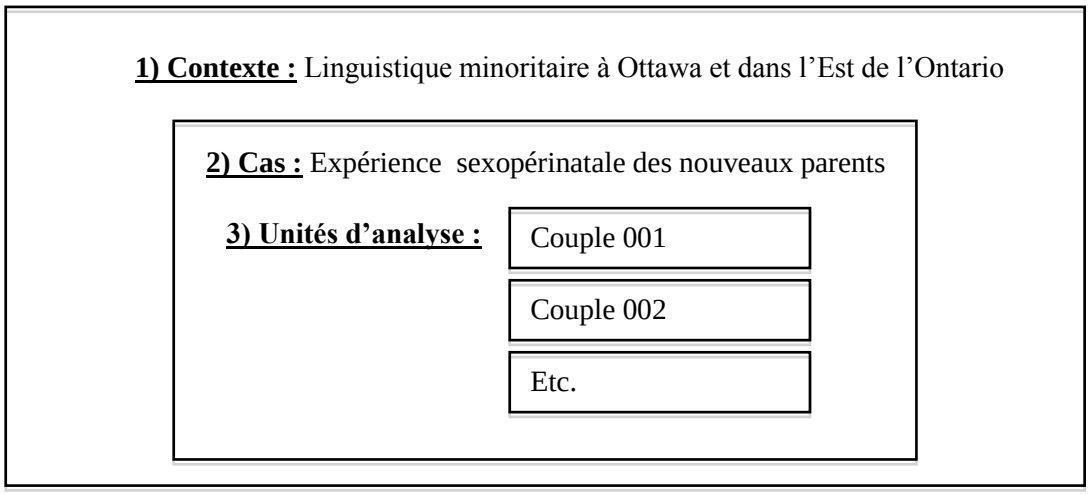
Figure 2.4 Basic Types of Designs for Case Studies
SOURCE: COSMOS Corporation.

Dans cette étude-ci, le modèle d'étude de cas unique intégré avec multiples unités d'analyse (« single-case design embedded, with multiple units of analysis ») a été choisi, étant le plus pertinent. Par le fait même, les trois principales composantes de notre étude de cas sont les suivantes :

1) Contexte : contexte linguistique minoritaire à Ottawa et dans l'Est de l'Ontario, ce qui correspond à la population des francophones d'Ottawa et de l'Est ontarien ;
2) Cas : l'expérience sexopérinatale (intimité et sexualité pendant et après la grossesse) des nouveaux parents ;
3) Unités d'analyse : les différents couples recrutés (couple 001, couple 002, etc.)

Le schéma suivant (voir Figure 4) permet une visualisation de notre type d'étude de cas avec ces trois principales composantes.

Figure 4. Notre étude de cas



Notre cas d'étude unique et principal, soit le sujet de notre étude, correspond à la l'expérience sexopérinatale des nouveaux parents. L'expérience de la sexualité périnatale, soit la sexualité pendant et après la grossesse dans le contexte de transition à la parentalité, est un phénomène typique dans la population générale et correspond à une transition de vie typique des êtres humains. Étudier un tel phénomène est donc considéré comme l'étude d'un cas « typique » qui demande une étude de cas unique : « … the objective is to capture the circumstances and conditions of an everyday or commonplace situation » (Yin, 2009, p. 48) ; « What makes a case special ? One possibility arises if your case covers some distinctive if not extreme, unique, or revelatory event or subject […] If no such distinctive or unique event is available for you to study, you may want to do a case study about a common or everyday phenomenon. » (Yin, 2012, p. 7).

De plus, un seul et unique contexte a été choisi, soit le contexte linguistique minoritaire à Ottawa et dans l'Est de l'Ontario. Par le fait même, puisque le contexte est similaire pour tous les cas d'expérience sexopérinatale des nouveaux parents étudiés, il a fallu choisir parmi les deux types d'étude de cas unique, les études de cas multiples demandant des contextes différents pour chacun des cas étudiés.

Enfin, comme notre cas, soit le groupe d'individus ou la communauté étudiée, englobait les nouveaux parents, de multiples unités d'analyse plus précises ont dû être choisies au sein de ces nouveaux parents. Chaque couple recruté a alors correspondu à une unité d'analyse spécifique qui, une fois tous regroupés ensemble, composent notre cas

d'étude, soit celui des nouveaux parents en matière de sexualité périnatale. Comme le modèle « embedded » s'attarde à l'analyse de différentes unités qui composaient le cas principal étudié (Yin 2009, 2012), c'est ce type de devis qui a été choisi. En outre, ce devis spécifique permet différentes analyses du cas et à l'intérieur du cas étudié ; il permet de voir des tendances à travers les différentes unités d'analyse qui composent le cas (Yin, 2009, 2012). Par le fait même, les possibilités d'analyses sont enrichies : « Within the single case may still be incorporated subunits or analyses, so that a more complex – or embedded – design is developed. The subunits can often add significant opportunities for extensive analysis, enhancing the insights into the single case. » (Yin, 2009, p. 52-53) ; « The ability to look at sub-units that are situated within a larger case is powerful when you consider that data can be analyzed within the subunits separately (within case analysis), between the different subunits (between case analysis), or across all the subunits (cross-case analysis). The ability to engage in such rich analysis only serves to better illuminate the case. » (Baxter & Jack, 2008, p. 550).

3.2. Devis

Cette étude de cas a utilisé de multiples sources de collecte de données, principalement des entrevues et des questionnaires. Selon Yin (2009), il existe six sources de données pour les études de cas : documentation, archives, entrevue, observations directes, observation participante et artéfact physique. L'utilisation de plusieurs sources simultanément est un principe important dans les études de cas (Yin, 2009, 2012) : « use multiple sources of date collection » (Yin, 2009, p. 114) ; cela permet ultimement de mieux aborder la richesse d'un phénomène. Par le fait même, les méthodes mixtes de recherche sont appropriées dans le contexte d'étude de cas (Yin, 2009, 2012) : « …case study evidence can include both qualitative and quantitative data. » (Yin, 2012, p. 11).

En combinant questionnaires et entrevues, cette étude de cas a donc utilisé des méthodes mixtes de recherche. Dans les dernières années, il y a eu une augmentation et une prolifération des discours et débats pour les méthodes mixtes comme nouvelle et troisième voie de recherche (Bryman, 2006 ; Creswell, 2009 ; Creswell & Garrett, 2008 ; Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Morgan, 1998 ; Sale, Lohfeld & Brazil, 2002 ; Steckler, McLeroy, Goodman, Bird & McCormick, 1992). Pour Johnson et Onwuegbuzie (2004), les méthodes

mixtes sont définies comme : « class of research where the researcher mixes or combines quantitative and qualitative research techniques, methods, approaches, concepts or language into a single study » (p. 17). Les méthodes mixtes sont donc le résultat de la convergence des méthodes qualitatives et quantitatives pour avoir une meilleure analyse et compréhension détaillées d'un phénomène, notamment par l'inclusion de multiples formes de méthodes de collecte de données et d'analyses textuelles conjuguées à des analyses statistiques (Collins, Onwuegbuzie et Jiao, 2007 ; Creswell, 2009 ; Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Morgan, 1998 ; Onwuegbuzie & Collins, 2007).

Les méthodes mixtes permettent d'abord et avant tout d'étudier un phénomène complexe où il y a une influence concomitante de plusieurs facteurs (Creswell, 2009 ; Creswell & Garrett, 2008 ; Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Morgan, 1998 ; Sale et al., 2002), comme l'ont souligné précisément Steckler et ses collègues (1992, p. 4) : « we believe that social interventions […] are complex phenomena which require the application of multiple methodologies in order to properly understand or evalyate them ». Les méthodes mixtes permettent aussi une complémentarité des méthodes pour maximiser les forces des deux approches et ainsi obtenir une meilleure compréhension globale d'un phénomène (Bryman, 2006 ; Creswell, 2009 ; Creswell & Garrett, 2008 ; Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Morgan, 1998 ; Sale et al., 2002 ; Steckler et al., 1992). Cette idée de complémentarité a notamment été soulevée par Bryman (2006) comme une des cinq raisons principales d'utiliser les méthodes mixtes en recherche ainsi que par Creswell (2009, p. 4): « Thus, it is more than simply collecting and analyzing both kinds of data: is also involves the use of both approaches in tandem so that the overall strength of a study is greater than either qualitative or quantitative research. ». Enfin, l'utilisation des méthodes mixtes est possible, car fondamentalement, les deux types de méthodes ont un même but ultime : « understanding the world in which we live » (Sale et al., 2002, p. 46). Comprendre davantage comment les êtres humains vivent et évoluent dans leur environnement est le but ultime de l'utilisation des méthodes mixtes pour étudier un phénomène (Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Sale et al., 2002).

L'utilisation des méthodes mixtes soulève quelques défis en recherche. Un des arguments principaux contre les méthodes mixtes réside dans l'incompatibilité des deux paradigmes soutenant respectivement les méthodes qualitatives et quantitatives. Selon

plusieurs chercheurs, ces deux paradigmes sont différents et inconciliables, car ils n'étudient pas le même phénomène et, surtout, ils ont une ontologie, une épistémologie et des méthodologies différentes (Johnson & Onwuegbuzie, 2004 ; Morgan, 1998 ; Sale et al., 2002 ; Steckler et al., 1992). Selon Crotty (1998), les méthodes quantitatives sont plutôt utilisées dans des recherches dont le but est d'expliquer et de prédire, avec comme trame de fond une épistémiologie positiviste (où la recherche des prédiction, des régularités et des relations causales est centrale), une ontologie réaliste (où une seule réalité objective existe) et un paradigme d'objectivisme. Toujours selon cet auteur, les méthodes qualitatives sont plutôt utilisées dans des recherches où le but est d'explorer, de comprendre et de critiquer, le tout avec une épistémiologie de type anti-positivisme (où le monde ne peut être compris que par le point de vue des individus et où le savoir objectif n'existe pas), une ontologie nominaliste (la réalité est subjective, multiple et construite), et un paradigme subjectiviste et constructiviste (Crotty, 1998).

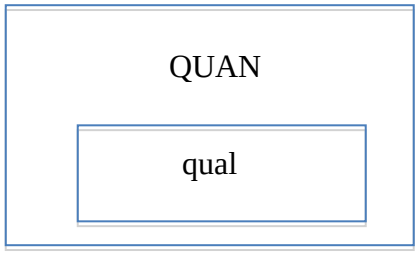
Toutefois, plusieurs auteurs ont affirmé que fondamentalement, les méthodes mixtes ont le même but ultime, comme dit précédemment, et qu'elles peuvent donc être utilisées en complémentarité sans problème: « possible to subscribe to the philosophy of one paradigm but also employ the methods of the other » (Steckler et al., 1992, p. 4). Selon Steckler et ses collègues (1992), une position pragmatique doit être prise pour développer des méthodes mixtes de recherche et forger leur utilité. La question n'est plus comment elles doivent être combinées, mais bien « how they can be combined to produce more effective evaluation strategies » (Steckler et al., 1992, p. 4). Les méthodes mixtes en tant que troisième mouvement ou approche de recherche pragmatique ont aussi été soulevées par plusieurs autres chercheurs (Bryman, 2006 ; Creswell & Garrett, 2008), notamment par Johnson et Onwuegbuzie (2004) : « We reject an incompatibilist, either/or approach to paradigm selection and we recommend a more pluralistic or compatibilist approach » (p. 17). Plus précisément, il a été affirmé que :

> Mixed methods should, instead (at this time), use a method and philosophy that attempt to fit together the insights provided by qualitative and quantitative research into a workable solution. […] research approaches should be mixed in ways that offer the best opportunities for answering important research questions. (Johnson & Onwuegbuzie, 2004, p. 16)

Au sein des méthodes mixtes, il existe différents types de modèles (Collins et al., 2007 ; Creswell, 2009 ; Morgan, 1998 ; Onwuegbuzie & Collins, 2007 ; Steckler et al., 1992). Dans notre cas, le modèle Priorité-Séquence de Morgan (1998) a particulièrement été utile pour conceptualiser la recherche voulue. Ce modèle permet de choisir d'abord la méthode principale (celle qui a les forces les plus importantes par rapport aux buts de l'étude) et la méthode complémentaire (celle qui assiste la principale, celle qui a des forces complémentaires pour atteindre les buts de l'étude), puis la séquence des deux méthodes choisies (une méthode avant l'autre pour que la deuxième méthode ajoute à ce que l'autre a soulevé). Pour cette recherche, le troisième cas du modèle de Morgan (1998) a été utilisé, soit le « Qualitative follow-up», représenté comme suit « QUANT → qual », où les lettres majuscules correspondent à la méthode principale et la flèche correspond à la séquence dans le temps (Morgan, 1998, p. 368).

Pour leur part, la typologie de Onwuegbuzie et Collins (2007) ainsi que celle de Collins, Onwuegbuzie et Jiao (2007) sont semblables et utilisent toutes les deux le critère temporel (méthodes « concurrent » ou « sequential ») ainsi que le critère de relation entre l'échantillon en fonction des méthodes : « relationship of the qualitative and quantative sample (identical, parallel, nested ou multilevel) » (Onwuegbuzie & Collins, 2007, p. 292-294). En se fiant à cette typologie, le modèle qui s'applique le mieux à cette recherche-ci a été le modèle « QUAN + qual », comme illustré par le diagramme qui suit (Figure 5).

Figure 5. Notre modèle de méthodes mixtes



D'abord, le type de méthode pour cette recherche de doctorat correspond à un type « concurrent » où la cueillette, puis l'analyse et l'interprétation des résultats se font simultanément (ou presque) pour les données quantitatives et qualitatives (Collins et al., 2007 ; Creswell, 2009 ; Onwuegbuzie & Collins, 2007). Un type « sequential » sous-entend,

pour sa part, que la fin d'une méthode précède le début de l'autre dans le temps. Le type « concurrent » permet aussi la sous-analyse d'une partie de l'échantillon (Creswell, 2009), comme dans le cas de cette recherche, et permet de mettre en valeur la complémentarité des deux méthodes incluses en méthodes mixtes (Collins et al., 2007 ; Onwuegbuzie & Collins, 2007). Dans le cas de cette étude de doctorat, les données quantitatives et qualitatives ont été recueillies presqu'au même moment et se sont voulues complémentaires dans l'expérience globale recherchée chez les participants. Les questionnaires ont été prioritaires aux entrevues, bien que quelques jours seulement les ont séparés, mais il n'a pas été nécessaire que la collecte d'informations quantitatives soit terminée pour enclencher la collecte d'informations qualitatives, comme dans le type séquentiel. Le type concurrent a donc été endossé.

De plus, cette recherche-ci s'est inscrite dans la typologie comme un type « concurrent embedded » (Creswell, 2009, p. 210 et 214-215) ou « nested » (Collins et al.. 2007, p. 276-277 ; Onwuegbuzie & Collins, 2007, p. 292). Ce modèle préconise une collecte et analyse de données avec un échantillon principal par une méthode principale et une analyse secondaire avec une autre méthode et avec un sous-échantillon de l'échantillon principal (Creswell, 2009 ; Onwuegbuzie & Collins, 2007), comme l'ont clairement souligné Collins, Onwuegbuzie et Jiao (2007, p. 277) : « A nested relationship implies that the sample members selected for one component of the inquiry represent a subset of those participants chosen for the other phase of the study. » Dans le cas de cette recherche, comme les données émanant des entrevues qualitatives ont été complémentaires aux informations recueillies à l'aide de nos questionnaires et que seule une partie de notre échantillon principal était constitué des participants à l'entrevue qualitative, ce modèle « concurrent embedded » s'est parfaitement appliqué à notre recherche.

Les questionnaires ont donc été remplis un peu avant l'entrevue (une à deux semaines) pour permettre d'emblée à tous les couples participants de réfléchir à leur sexualité et à en rendre compte par le biais des différentes questions dressant un portrait global de l'expérience sexopérinatale. Les questionnaires ont permis d'obtenir un profil individuel et de couple des plus complets par rapport à l'intimité et à la sexualité et ce, à deux moments dans la période périnatale (pendant la grossesse et après la naissance). Puis, une entrevue a été effectuée avec un sous-échantillon de notre échantillon principal pour

permettre d'approfondir la question de l'expérience en permettant aux couples participants de mettre l'accent sur ce qu'ils trouvaient important dans leur propre vécu. L'entrevue est alors devenue complémentaire aux questionnaires en permettant une réflexion plus poussée sur le sujet et animée par les échanges dans le couple. Bref, l'utilisation des méthodes mixtes a ici permis d'aborder un phénomène complexe dans son ensemble, la sexopérinatalité chez les couples.

3.3. Échantillon

Un échantillon de convenance de 100 couples (homme et femme, pour un total de 200 participants) francophones en situation minoritaire linguistique de la région d'Ottawa et de l'Est ontarien était visé par cette étude. Les critères d'inclusion étaient : habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario ; être âgé de 18 ans et plus ; couples hétérosexuels ; premier enfant du couple ; couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse ; bébé âgé entre 6 et 12 mois ; couple s'identifiant comme francophone; grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme; et avoir accès à Internet. La grossesse et l'accouchement sans complication ont été précisés comme critères afin d'éviter que des modérateurs de plus en sexopérinatalité liés aux complications possibles de la grossesse et de l'accouchement ne viennent modifier les résultats de l'étude.

Il est ici nécessaire de préciser la définition d'une variable fondamentale utilisée par cette étude : la francophonie. Les couples parentaux francophones de la région de d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario ont été sélectionnés en fonction de leur langue maternelle (première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le répondant) ou de la première langue officielle parlée (PLOP). Cette définition plus inclusive, plus englobante et permettant de couvrir davantage de francophones est en accord avec les dernières recherches dans le domaine (notamment celles de Statistiques Canada) et tient compte des deux définitions les plus courantes des francophones (Marmen et Delisle, 2003 ; Moreau et al., 2013 ; Corbeil et Lafrenière, 2010 ; Lacaze-Masmonteil et al., 2013 ; Forgues & Landry, 2014). Par le fait même, un couple francophone a été caractérisé par 2 membres qui s'identifient respectivement comme francophones; les deux membres ont dû simultanément s'identifier comme francophones.

Le nombre de couples participants visé a d'abord été fixé à 100. Après 8 mois de

recrutement intensif, le nombre a été revu à la baisse par le comité de thèse, après qu'un document justificatif leur ait été envoyé et que des discussions ont eu lieu entre les différents partis. Ce document (voir en Annexe 1) expliquait notamment les différents arguments justifiant la réduction du nombre de couples visés : 1) l'état actuel du recrutement : importantes difficultés de recrutement et seulement 63 couples recrutés en date du 10 juillet 2014; 2) le fait que cette recherche soit une étude exploratoire et descriptive; 2) le fait que cette recherche soit une étude de cas ne nécessitant pas un nombre élevé de participants; 4) le fait que cette recherche utilise des méthodes mixtes ne nécessitant pas un nombre élevé de participants; et 5) une comparaison avec des exemples de recherches sous forme d'étude de cas avec méthodes mixtes en santé en général et au Doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. Devant tous ces arguments développés et le fait que l'échantillon voulu était de type non-probabiliste par critère, le nombre de participants a dû être reconsidéré, ne devant pas nécessairement répondre à une équation de puissance statistique (Yin, 2009, 2012). Mener à terme une telle étude dans le temps requis demandait nécessairement la réduction de la taille de l'échantillon, tout en multipliant les données pour donner un portrait plus complet et détaillé du phénomène à l'étude, ce qui a été fait dans cette étude en récoltant des informations par le biais de plusieurs questionnaires abordant divers aspects de l'expérience sexopérinatale, et par l'obtention d'informations lors des entrevues complémentaires avec un sous-groupe de notre échantillon. De plus, tous les participants ont été choisis parce qu'ils remplissaient nos critères d'inclusion, qui représentaient eux-mêmes des critères qui répondaient aux théories derrière le phénomène étudié (premier bébé d'un couple francophone en milieu minoritaire). Notre échantillon, dit théorique, car il relève de la généralisation théorique, ne devait pas nécessairement être composé d'un nombre élevé de participants, mais il devait seulement représenter les assises théoriques sous-jacentes à notre étude, ce qui est le cas.

Après une rencontre avec une statisticienne en juillet 2014, les possibilités d'analyses statistiques significatives plus poussées ont été confirmées et le verdict du comité a entériné la révision de l'objectif. Par conséquent, avec 61 couples ayant déjà complété le questionnaire au début du mois de juillet 2014 (soit 122 participants) et cinq entrevues faites (soit 10 participants), le nouvel objectif a été fixé à entre 50 et 100 couples pour le 1er septembre 2014, objectif déjà atteint, mais laissant tout de même les deux derniers mois

prévus au recrutement pour faire grimper le plus possible le total de participants vers l'objectif initial.

Au début septembre 2014, 69 couples ont été recrutés au total, mais deux questionnaires de femmes ont été mis de côté, considérant qu'ils étaient incomplets et que les questionnaires de leurs conjoints réciproques n'ont même pas été entamés. L'échantillon final de cette étude est donc composé de 67 couples (soit 134 participants) ayant complété les questionnaires en ligne. Ce nombre était suffisant pour les analyses statistiques prévues (voir la section 7-Analyses pour les détails). Pour ce qui est des entrevues de couples optionnelles et complémentaires, cinq couples ont accepté de participer, pour un total de 10 participants.

3.4. Recrutement

Le recrutement a officiellement commencé le 1er novembre 2013 et l'effort a été soutenu jusqu'à la fin du mois d'août 2014. Pendant ces 10 mois de recrutement intensif, 702 sources ont été contactées et un peu plus que la moitié (368, soit 52,4%) ont accepté d'aider dans le recrutement. Le tableau suivant (Tableau 1) fait part du nombre de sources contactées et du nombre de sources qui ont accepté d'aider au recrutement en fonction de 28 catégories de sources développées pour le décompte.

Tableau 1. Sources de recrutement

Catégorie de source	Nbre de sources contactées	Nbre de sources qui ont accepté	Catégorie de source	Nbre de sources contactées	Nbre de sources qui ont accepté
1. Contact	4	4	15. Site Internet	14	3
2. Cliniques médicales	89	86	16. Exercices	44	41
3. Sages-femmes	6	4	17. Exercices – dans centres récréatifs	17	14
4. Bureaux privés (OBGYN, pédiatre, médecin de famille)	90	89	18. Exercices – dans piscines	9	8
5. Centres/ Ressources communautaires	21	14	19. Centres récréatifs	21	20
6. Centres de santé communautaire	10	7	20. Massage	2	2
7. Associations	37	2	21. Magasins	23	1

étudiantes					
8. Associations francophones	14	4	22. Télévision	1	1
9. Garderies / Centre de la petite enfance	22	17	23. Radio	7	3
10. Journal	15	9	24. Hôpital	4	1
11. Revue	2	0	25. Photographie	2	0
12. Organisme périnatal	3	1	26. Service de nanny	1	0
13. Allaitement	22	11	27. Général	11	5
14. Doulas	52	1	28. Facebook	159	29

La catégorie « Général » regroupe notamment deux sources de recrutement qui nous été précieuses : le Baby-Show qui a eu lieu au Ottawa Convention Center du 3 au 4 mai 2014 ; et une unité de Santé Publique en Ontario, par le biais des Carrefours Bébé express.

Quatre grandes tactiques ont été utilisées pour faire la promotion de la publicité de recrutement de l'étude :

- Distribution d'affiches et dépliants sur l'étude dans plusieurs endroits stratégiques : hôpital francophone à Ottawa ; bureaux privés d'obstétriciens-gynécologues, de sages-femmes, de pédiatres et de médecins de famille; centres de santé communautaire ; cliniques médicales ; organismes périnataux ; organismes et ressources d'allaitement ; garderies et centres de la petite enfance ; centres et ressources communautaires ; salons de massage ; centres d'exercices ; centres récréatifs (avec ou sans programme d'exercices et piscines) ; magasins ; Baby-Show à Ottawa ; Programme des Carrefours Bébé express (« Baby Express Drop-in ») offerts par une unité de Santé Publique à Ottawa à travers la ville d'Ottawa ; Service de l'affichage Université Ottawa ; hôpital francophone à Ottawa;
- Promotion dans les médias télévisuels : articles et publicités dans les journaux locaux, principalement francophones (Voir Gatineau/Ottawa; Perspectives Vanier; Le Droit; Vision Prescrott-Russell; Le Carillon d'Hawkesbury; Le Reflet de Prescrott-Russell ; Le Journal de Cornwall; Ottawa Metro News); entrevue à la télévision Rogers ; entrevues (3) à la radio (à Radio-Canada lors de l'émission Bernier et cie., à Unique FM, une radio francophone à Ottawa, et à CHUO, la radio-étudiante de l'Université d'Ottawa) ;

- Promotion en ligne sur des pages internet personnelles ou communautaires (sites stratégiques francophones et périnataux) ainsi que sur des pages Facebook de groupes ou d'organismes liés à la périnatalité ou à la francophonie ;
- Utilisation des listes de diffusion de courriel par certains contacts, organismes et associations étudiantes, francophones ou périnatales.

Parmi les couples participants, 30 ont été recrutés en personne au Baby-Show à Ottawa, 14 ont rejoint la chercheure par le biais de la page Facebook du projet, 6 ont contacté la chercheure après avoir vu la publicité à l'hôpital francophone d'Ottawa, 6 ont contacté la chercheure après avoir vu la publicité aux Carrefours Bébé express d'une unité de Santé Publique à Ottawa et 13 ont contacté la chercheure par courriel suite à une autre forme de recrutement (publicité dans les journaux, dans les centres communautaires, etc.)

Il est possible de consulter une liste exhaustive des sources qui ont été contactées et de celles qui ont accepté ou non en Annexe 2. Une copie des affiches et dépliants de recrutement (Annexe 3) et une copie de la lettre d'information pour les sources potentielles de recrutement (Annexe 4) sont aussi présentes en annexes.

Comme dit précédemment, le recrutement a été relativement ardu. Après réflexion, six facteurs ont été identifiés comme ayant contribué aux difficultés de recrutement. D'abord, le sujet de l'étude est clairement un sujet sensible et considéré privé et intime par plusieurs personnes ; recruter des participants est donc une tâche rendue plus difficile par le sujet exploré. Autant les couples potentiels ont pu être inconfortables d'aborder un tel sujet aussi intime, autant les diverses sources de recrutement n'ont pas toutes été enclines à publiciser une telle étude auprès de leur clientèle, de peur que ce ne soit « inapproprié » au milieu visé. Dans certains cas, des comités d'éthique supplémentaires ont dû évaluer le projet (voir la section sur l'éthique plus loin dans ce chapitre) et dans d'autres, plusieurs échanges téléphoniques ont été nécessaires afin de convaincre de la pertinence du projet et d'avoir l'approbation finale pour publier les affiches et dépliants de recrutement. Dans tous les cas, il a fallu beaucoup d'échanges de courriels et d'appels ainsi que de nombreuses rencontres pour présenter le projet aux diverses sources de recrutement, pour les convaincre d'apporter leur aide et pour leur faire parvenir le matériel nécessaire, sans compter la lenteur administrative pour que le matériel de recrutement ne soit accepté. Un effort soutenu dans les contacts avec les sources de recrutement a été des plus utiles dans cette recherche.

De plus, les critères d'inclusion des participants ont été très (voir trop) spécifiques, restreints et nombreux ; la population visée était donc très précise et limitait les couples participants potentiels. Aussi, les participants visés devaient avoir un bébé entre 6 et 12 mois, ce qui constitue une période visée restreinte, mais aussi difficile pour le recrutement, considérant que beaucoup de mères et de pères sont en congé parental ou à la maison lors de cette période. Cela devenait donc une population difficilement joignable.

Enfin, pour ce qui est de l'entrevue optionnelle et complémentaire, les volontaires n'ont pas été nombreux. Plusieurs participants aux questionnaires ont noté qu'ils n'étaient pas du tout à l'aise avec l'entrevue, mais que l'anonymat et la confidentialité des questionnaires, en plus d'être personnel (le ou la partenaire ne peut pas accéder aux réponses de l'autre), étaient acceptables. Des contraintes de temps ont aussi été invoquées. Les participants recrutés en face-à-face (particulièrement au Baby-show) ont tous affirmé qu'ils acceptaient de participer à l'étude, mais que leur participation se limiterait aux questionnaires en ligne. Bref, le recrutement n'a pas été aisé dans son ensemble, mais les efforts qui y ont été mis ont été fructueux ultimement.

3.5. Variables étudiées

Mis à part la variable concernant la langue francophone en milieu minoritaire à Ottawa et dans l'Est de l'Ontario, variable centrale de notre étude et délimitée plus tôt dans ce chapitre, trois grandes variables ont été étudiées dans cette recherche, chacune correspondant à une des questions de recherche précédemment énoncées. Toutes les définitions rapportées ici sont des définitions développées personnellement.

La première est l'expérience sexopérinatale, correspondant au vécu intime et sexuel pendant et après la grossesse des couples participants. Le vécu exploré par cette étude était un vécu détaillé dans ses dimensions inhérentes notamment grâce aux nombreux questionnaires spécifiquement utilisés pour capturer l'ajustement dyadique, la qualité de la relation intime et conjugale et plus de 40 variables sexuelles spécifiques (42 variables pour les femmes et 45 variables pour les hommes). Le vécu couvre aussi les attitudes des couples participants face à leur propre vécu. Le vécu sexopérinatal comprend donc les facteurs d'ordre physique, psychologique et relationnel qui peuvent être affectés lors de la transition à la parentalité.

La deuxième variable correspond aux besoins sexopérinataux, soit les besoins d'ordre sexuel par rapport aux services de santé des couples participants quand ils vivent des changements intimes et sexuels. Les principaux besoins sont : besoins d'information et d'éducation ; besoins de soutien et de support (émotionnel, affectif et relationnel) ; besoin de type structurel (référence) ; et besoin instrumental (élément physique).

Enfin, la troisième variable correspond aux services sexopérinataux, définis comme les services en sexopérinatalité en français offerts, utilisés, manquants et souhaités dans le contexte linguistique minoritaire choisi. Cette variable inclut la satisfaction ressentie face à ces divers services.

3.6. Participation et instruments

3.6.1. Procédure pour participants

Dès que les participants étaient intéressés par l'étude, ils devaient prendre contact directement avec la chercheuse principale par courriel officiel de l'Université d'Ottawa ou par la page Facebook du projet (comme indiqué sur les affiches et dépliants de recrutement).

Une fois les deux adresses courriel du couple obtenues, la chercheuse leur a envoyé personnellement une invitation par courriel avec leur propre hyperlien de questionnaires par le biais de leur adresse courriel respective ; chaque membre du couple a donc reçu son propre courriel et son propre hyperlien de questionnaires. Un membre du couple n'avait donc ainsi accès qu'à ses propres réponses et non à celles de son ou sa partenaire ; cela favorisait la confidentialité dans le cas de partage possible d'informations de nature sensible et délicate. Chaque membre du couple a également reçu un code de participant unique (XXX-F pour la femme et XXX-H pour l'homme). Les chiffres étaient semblables dans un même couple pour pouvoir lier les deux questionnaires ensemble par la suite.

Une fois prêts, les participants n'avaient qu'à cliquer sur l'hyperlien, à lire, à approuver le consentement et puis à remplir le questionnaire en suivant les consignes. Le questionnaire principal en ligne était constitué d'une série de 6 questionnaires, la plupart étant dédoublé pour couvrir à la fois la période pré et post natale. Chaque question et questionnaire indiquait clairement à quelle période de temps l'énoncé faisait référence.

En outre, les participants ont eu le choix de compléter le questionnaire à leur guise et au temps voulu ; le même questionnaire pouvait aussi être arrêté temporairement et repris

plus tard, selon la volonté du participant. Les deux membres du couple ne devaient pas obligatoirement répondre en même temps puisqu'ils possédaient chacun un hyperlien personnalisé. Aussi, une fois soumises, les réponses individuelles n'étaient accessibles que pour le participant qui pouvait les consulter de nouveau et même les changer en entrant sur son propre questionnaire avec son propre hyperlien attitré.

De plus, des rappels par courriel hebdomadaires ont été faits aux participants, jusqu'à concurrence de trois, afin de les inciter à aller remplir le questionnaire en ligne dès que possible.

Une fois son questionnaire en ligne complété, le ou la participant(e) a été est invité(e) à une entrevue semi-structurée de couple complémentaire et optionnelle ; s'il acceptait, des informations de contact ont alors été recueillies. Parmi les couples où les deux membres ont accepté de faire l'entrevue, des courriels d'invitation officielle à l'entrevue ont été envoyés et une prise de rendez-vous pour faire l'entrevue proprement dite a été faite (par courriel ou par téléphone), en fonction des disponibilités des couples. Pour faciliter la participation des couples à l'entrevue, il a été proposé d'emblée de faire l'entrevue à leur domicile. Ainsi, aucun frais de déplacement ni de frais de gardiennage n'étaient encourus pour les couples et ils pouvaient ainsi être plus à l'aise dans leur propre environnement. Toutefois, il a également été offert aux couples participants de faire la rencontre dans un lieu neutre et extérieur de leur domicile, selon leur préférence; des salles réservées, fermées et privées à l'Université d'Ottawa avaient été prévues.

Considérant que l'étude visée est une étude se basant sur le couple, il était essentiel que les deux membres participent, autant au niveau du questionnaire qu'au niveau de l'entrevue. Si un couple acceptait de participer, mais qu'un seul avait rempli les questionnaires en ligne, les données du membre ayant participé étaient gardées, mais n'étaient pas été inclues dans la compilation finale et les analyses subséquentes. Un rappel par courriel a été fait au membre n'ayant pas participé et s'il décidait d'abandonner, les données de son partenaire n'étaient pas utilisées à des fins d'analyse.

Les différents courriels pour les participants, soit le courriel général de participation, les courriels d'invitation au questionnaire en ligne, les courriels de rappel pour le questionnaire en ligne et le courriel pour invitation à l'entrevue, sont accessibles à l'Annexe 5.

3.6.2. Questionnaires

Pour aborder les enjeux sexopérinataux chez les couples parentaux, deux grandes catégories d'études ont été développées : qualitatives et quantitatives. En matière de qualitatif, ce sont principalement les entrevues (structurées ou semi-structurées) qui sont utilisées en recherche (Ahlborg et al., 2000 ; Ahlborg & Strandmark, 2001 ; Gokyildiz & Beji, 2005 ; Trutnovsky et al., 2006), parfois des groupes de discussion semi-structurés (Olsson et al., 2005). En matière de quantitatif, très de peu de questionnaires sont utilisés et plusieurs sont créés pour les circonstances. Entre autres, le *Intimate Relationship Scale* (IRS), soit l'Échelle d'intimité sexuelle (avec trois dimensions intimes et sexuelles), a été originellement publié par Hetherington et Soeken en 1990. Ce questionnaire a été utilisé par Fischman, Rankin, Soeken et Lenz en 1986, avant publication officielle de l'instrument, et a été par la suite modifié par Pastore et collègues (2007) pour faire un questionnaire sur 19 considérations sexuelles en période post-partum. Les questionnaires *Sexual function scale* et *Sexual dysfunction scale*, qui contiennent une échelle de satisfaction de la relation, du désir et de la satisfaction sexuelle, ont été utilisés par De Judicibus et McCabe (2002), tandis que le *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) a été utilisé par Condon et collègues (2004) et sa version modifiée (ajout de l'échelle de communication, sensualité et sexualité) l'a été par Ahlborg et collègues (2005a). Enfin, plusieurs auteurs ont même créé leurs propres questionnaires sur différentes composantes intimes et sexuelles lors de la périnatalité (Barrett et al., 2000 ; Condon et al., 2004 ; Connolly et al., 2005 ; Glazener, 1997), considérant le manque évident de questionnaires développés, validés et accessibles sur le sujet.

La recherche actuelle a utilisé, comme dit plus tôt, des questionnaires et une entrevue, les deux agissant complémentairement à l'élaboration du portrait de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux. En matière de collecte des données, les participants ont été invités, dans un premier temps, à remplir six (6) questionnaires en ligne sur le site Fluid Surveys, pour une durée totale d'environ 60 minutes. Le questionnaire au complet a été mis en ligne officiellement le 6 novembre 2013 et peut être consulté en Annexe 6 pour la femme et en Annexe 7 pour l'homme.

Le premier questionnaire est celui d'informations générales, avec une partie sur les données socio-démographiques et une partie sur les données périnatales. Comprenant 42 items pour la femme (17 pour portrait sociodémographique et 25 portrait périnatal) et 28

items pour l'homme (17 pour portrait sociodémographique et 11 pour portrait périnatal), il inclut notamment des données sur la langue (langue maternelle, comprise, parlée au travail et à la maison, préférée et utilisée dans les services de santé) et des données liées aux variables périnatales en lien avec la grossesse, le travail et l'accouchement ainsi que le post-partum. Il a été développé expressément pour cette étude.

Le deuxième questionnaire en ligne est l'Échelle d'Ajustement Dyadique, originellement le « Dyadic Adjustment Scale » (DAS) de Spanier en 1976. Le but de ce questionnaire est de mesurer la qualité de l'ajustement conjugal au sein de dyades et d'évaluer le niveau de détresse conjugale; cet outil est un bon indicateur reconnu de stabilité du couple. Il comporte 32 items couvrant 4 dimensions : consensus (13), satisfaction (10), affection (4) et cohésion (5). Un ajustement conjugal positif sous-entend un haut niveau d'accord entre les partenaires (consensus), un faible niveau de conflits et d'interactions négatives entre les partenaires (satisfaction), un faible niveau de problèmes affectifs (affection) et un haut niveau d'activités et d'intérêts communs (cohésion). Le score total se calcule par addition des 32 items et les scores possibles ont une étendue de 0 à 151. Plus le score est élevé, plus l'ajustement dyadique est positif et plus le score est bas, plus l'ajustement dyadique est négatif. Ce questionnaire, largement utilisé et à accès ouvert, a été traduit et validé en français par Baillargeon, Dubois et Marineau en 1986. Cette version français a été utilisée pour couvrir la grossesse et une autre, identique, pour couvrir la période post-partum. Spanier (1976) a chiffré l'alpha de Cronbach pour la version originale en anglais à .96 ; Baillargeon, Dubois et Martineau (1986) l'ont chiffré à .91 pour la version traduite en français. Pour cette étude-ci, l'alpha de Cronbach standardisé obtenu pour l'échelle totale en prénatal est de .807 et de .915 en postnatal; ces alphas sont respectivement qualifiés de bon (« good » ; >0.8) et d'excellent (>0.9) selon le guide SPSS de George et Mallery (2003).

Le troisième questionnaire est le ERI, l'Échelle de relation intime, originellement connu en anglais comme le « Intimate Relationship Scale (IRS). Ce questionnaire constitue une échelle d'intimité sexuelle qui mesure les changements intimes et sexuels en pré et post-natal sur trois dimensions : personnelle et émotionnelle (satisfaction, désir, sentiments); physique (toucher, caresser, tenir, coït); et cognitif et intellectuel (communication). Ses items portent sur : la fréquence, la fatigue, le temps de conversation entre les partenaires, la

satisfaction sexuelle, le désir d'être touché, l'initiation de l'activité sexuelle, le sentiment de proximité, le désir de coït, et le confort pour discuter de sexualité avec le partenaire. Le questionnaire original de Hetherington et Soeken en 1990 avait 12 items et couvrait le post-natal seulement; un questionnaire plus complet de 24 items (24 pour la femme et 21 pour l'homme) pour le post-natal a par la suite été développé par Hetherington en 1998. La partie-prénatale, quant à elle, a été développée par Higgins en 1988 et comporte 15 items. Dans sa combinaison finale de toutes les parties, le questionnaire possède 15 items en pré-natal et 19 en post-natal et a été validé en anglais. Pour ce qui est de la traduction française, une validité de contenu a été faite ainsi qu'une traduction vérifiée par un panel d'experts en périnatalité (Polomeno, 2010). Les quatre versions existantes (celles pour l'homme et pour la femme ; celles en pré et post-natal) ont aussi été traduites et validées par une l'étude de Moreau et collègues (2013) à Ottawa et qui leur confère à ce jour une bonne validité ; son accès est ouvert. Le score final est obtenu en faisant la moyenne des 15/19 items; les scores possibles sont de 1 à 5. Plus le score total est petit, plus la relation intime est négative; plus le score total est élevé, plus la relation intime est positive. Hetherington et Soeken (1990) ont chiffré l'alpha de Cronbach de la version en anglais à .86, alors que Hetherington (1998) l'a chiffré à .85. Pour cette étude-ci, l'alpha de Cronbach standardisé de l'ERI en prénatal est de 0.813 et celui de l'ERI en postnatal est de 0.856; ces deux alphas sont considérés comme bon (« good » ; >0.8) selon le guide SPSS de George et Mallery (2003).

Le quatrième instrument mesure la fonction sexuelle chez l'homme et chez la femme respectivement. Considérant que les variables de la fonction sexuelle des hommes sont différentes de celles des femmes, deux questionnaires distincts validés et largement reconnus seront utilisés : le « Female Sexual Function Index » (FSFI) pour la femme, traduit comme l'Index de la Fonction Sexuelle Féminine, et le « Brief Male Sexual Function Index » (BMSFI) pour l'homme, traduit comme l'Index Bref de Fonction Sexuelle Masculine. Ces deux questionnaires ont été adaptés pour couvrir la période de grossesse et la période post-partum en changeant seulement les références temporelles du questionnaire original, créant ainsi deux versions pour chaque sexe (pré et post).

Le FSFI a été développé par Rosen et ses collègues en 2000, comporte 19 items et mesure la fonction sexuelle selon 6 domaines : désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur. Le FSFI est accessible et ouvert à tous directement sur internet en

version originale anglaise, mais sa traduction en français validée est de plus en plus utilisée et disponible sur Internet également. Ce questionnaire demande que l'addition des réponses de chacune des 6 échelles soit multipliée par un facteur en particulier (désir=0.6; excitation et lubrification=0.3; orgasme, satisfaction et douleur=0.4), puis que tous les scores en résultant soient additionnés pour donner un score final de fonction sexuelle pouvant varier entre 2 et 36. Plus le score est bas, plus la fonction sexuelle est affectée négativement et plus les dysfonctions sexuelles sont présentes; plus le score est haut, plus la fonction sexuelle est positive et moins il y a de dysfonctions sexuelles. Rosen et collègues (2000) ont chiffré l'alpha de Cronbach à .97 pour la version originale en anglais. Pour cette étude-ci, l'alpha de Cronbach standardisé en prénatal est de .916 et celui en postnatal est de .914, ce qui correspond dans les deux cas à d'excellents alphas selon le guide SPSS de George et Mallery (2003).

Pour ce qui est du BMSFI, il a été développé par O'Leary et collègues en 1995, comporte 11 items et mesure la fonction sexuelle selon 5 domaines : excitation/désir, érection, éjaculation, problèmes et satisfaction. Le BMSFI a nécessité un processus officiel de demande pour l'obtenir et l'utiliser dans le cadre de cette recherche auprès du MAPI Research Institute (voir Annexe 8 et 9); c'est la version canadienne-française (« French Canadian ») validée par le MAPI qui a été choisie et utilisée. Ce questionnaire permet d'obtenir un score sur chacune de ses 5 sous-échelles en additionnant les réponses qui correspondent à chaque domaine, mais ne permet pas d'obtenir un score global de fonction sexuelle comme dans le cas du FSFI. L'étendue possible des scores de chaque sous-échelle varie : 0 à 8 pour excitation/désir, 0 à 12 pour érection, 0 à 8 pour éjaculation, 0 à 12 pour problèmes et 0 à 4 pour satisfaction. Plus les scores sont petits, plus la fonction sexuelle est négative et plus il y a de dysfonctions; plus les scores sont élevés, plus la fonction sexuelle est positive et moins il y a de dysfonctions sexuelles. Mykletun et collègues (2005) ont chiffré l'alpha de Cronbach pour la version originale en anglais à .94. Selon cette étude-ci, l'alpha de Cronbach standardisé basé sur 4 des 5 sous-échelles en prénatal est de 0.528, ce qui correspond à un alpha pauvre (>0.5) selon le guide SPSS de George et Mallery (2003); la sous-échelle d'éjaculation n'a pas de variance et ne peut dont pas être incluse dans l'évaluation. Ce faible alpha pourrait être expliqué par un biais de rappel plus grand chez les hommes pour les données prénatales. L'alpha de Cronbach standardisé en postnatal basé sur

les 5 sous-échelles est de 0.834, ce qui est un alpha qualifié de bon (« good » ; >0.8) selon le guide SPSS de George et Mallery (2003).

Le cinquième questionnaire est le Sondage sur l'expérience sexopérinatale pendant et après la grossesse qui a été développé pour l'étude et qui a demandé une validation de contenu et un pré-test. Bien que les questionnaires précédents soient validés, largement utilisés dans différents contextes et que les résultats en découlant peuvent être comparés à ceux de d'autres études similaires, ils ne couvrent pas toutes les variables du vécu intime et sexuel sexopérinatal. Par le fait même, ce nouvel instrument en français a été créé pour ainsi compléter les mesures concernant le vécu sexopérinatal des couples en y abordant toutes les variables qui ne sont pas couvertes pas les questionnaires précédents. En ajoutant ce questionnaire aux précédents, une vision plus complète de la sexualité pendant et après la grossesse a pu être développée chez les couples participants. Une version pour la femme et une pour l'homme ont été créées, contenant chacune une partie sur la période pré-natale et une autre sur la période post-natale. Il contient 42 items pour la femme et 45 items pour l'homme.

Enfin, le sixième questionnaire est le Sondage sur les besoins et services en sexopérinatalité, questionnaire qui a été développé et qui a demandé également une validation de contenu et un pré-test. Ce questionnaire met l'emphase sur les services de santé en français en matière de sexopérinatalité et concerne particulièrement les professionnels et les suivis, le confort face à la sexualité, les obstacles, les sources d'informations, la satisfaction envers les services et la communication avec les différents services de santé en lien avec la sexopérinatalité. Il contient 13 items, autant pour la femme que pour l'homme.

Dans les deux derniers cas, un processus de validation de contenu et un pré-test de questionnaire ont été nécessaires avant de partager le questionnaire en ligne avec les participants. En premier lieu, les deux derniers questionnaires développés pour l'étude (Sondage sur l'expérience sexopérinatale et Sondage sur les besoins et services en sexopérinatalité) ont en effet suivi un processus de validation de contenu en trois temps. Les deux questionnaires ont d'abord été évalués entre le 12 et 24 septembre 2013 en matière de contenu par 4 expertes dans le domaine de la périnatalité et de la sexologie : Denise Moreau, professeure à l'Université d'Ottawa en études des femmes et spécialiste en périnatalité ; Tracey Palmer, sexologue et infirmière en réadaptation au Centre de réadaptation d'Ottawa ;

Caroline Babin, sexologue maîtrisée en recherche et intervention, et étudiante au Doctorat en Santé des Populations de l'Université d'Ottawa ; et enfin, Caroline Tessier, sexologue bachelière qui fait de la relation d'aide sexologique clinique en lien avec la périnatalité et la sexopérinatalité. Suite à cette étape, trois grandes modifications ont été faites au questionnaire original : des ajouts/sous-divisions de questions (expérience : 14 questions chez femmes en pré, 16 questions chez femmes en post, 13 questions chez hommes en pré et 16 questions chez hommes en post; besoins et services : 6 questions en pré et 6 questions en post), des changements dans l'ordre des réponses et la division des comportements sexuels par trimestre pendant la grossesse. Ensuite, ils ont subi une deuxième évaluation de contenu entre le 1er et le 4 octobre 2013 par une spécialiste en questionnaire, Denyse Pharand, infirmière et ancienne professeure à l'Université d'Ottawa. Des nouvelles modifications ont été faites : ajout d'une question pour tous les sexes et tous les temps pour le questionnaire sur l'expérience et présentations des questions. Enfin, les deux mêmes questionnaires ont été évalués en matière de contenu par le comité de thèse du projet entre le 8 et le 14 octobre 2013, dont les membres respectifs sont : Viola Polomeno, professeure agrégée en Sciences Infirmières à l'Université d'Ottawa et directrice de thèse ; Elke Reissing, professeure titulaire en Psychologie à l'Université d'Ottawa ; et Louise Bouchard, professeure titulaire en Sociologie à l'Université d'Ottawa. Après les dernières modifications, le total des questions s'élevait à 42 pour les femmes (35 en pré et 37 post; puisque certaines questions ne visent qu'une des deux périodes, le total de questions est de 42) et à 45 pour les hommes (38 en pré et 37 en post) pour le questionnaire sur l'expérience et à 13 questions pour les femmes et les hommes pour le questionnaire sur les servives et les besoins.

Une fois leur contenu validé, un pré-test des questionnaires a eu lieu entre le 16 octobre et 5 novembre 2013 avec trois couples participants volontaires répondant à tous les critères d'inclusion. Les résultats ayant été positifs dans l'ensemble, de légères modifications finales concernant la présentation des questions ont été apportées avec concertations de tous les partis impliqués avant la mise en ligne officielle du projet. Un tableau avec les résultats de l'évaluation lors du pré-test des deux questionnaires créés est disponible à l'Annexe 10.

Les cinq premiers questionnaires ont permis de rendre compte du vécu sexopérinatal des couples parentaux en s'attardant aux facteurs physiques, psychologiques et relationnels (ainsi qu'à certains facteurs sociaux et environnementaux documentés dans le questionnaire

sociodémographique, comme le status-socio-économique et le lieu de résidence) qui déterminent la santé sexuelle périnatale de ces dits couples. Pour ce qui est du 5e et 6e questionnaire, ils ont permis d'explorer les deux autres dimensions de l'expérience sexopérinatale, soit les besoins et les services d'ordre sexopérinatal. Comme dit précédemment, questionner les besoins et les services n'a pas de valeur ni de sens propre et logique si le vécu n'est pas auparavant renseigné et l'étude de l'expérience n'est pas complète si seuls les besoins et les services sont analysés, sans tenir compte du vécu relié. Ces trois éléments de l'expérience sont interreliés et l'ensemble des questionnaires proposés aux participants ont permis de couvrir ces trois éléments d'une façon complète et globale.

3.6.3. Entrevue de couple complémentaire et optionnelle

Dans un deuxième temps, à la fin des questionnaires en ligne, tous les participants ont été invités à participer à une entrevue de couple semi-structurée optionnelle et complémentaire dans les semaines suivantes. Le but de cette entrevue était de faire une exploration de l'expérience en profondeur, soit une rétrospective sur le vécu et sur les besoins intimes et sexuels dans le couple, et de mettre l'accent sur les besoins en matière de services de santé en français.

Le guide d'entrevue (voir Annexe 11) a été développé en fonction des questions de recherche de l'étude et de la littérature dans le domaine, tout en laissant de l'espace pour que les couples eux-mêmes mettent de l'emphase sur ce qu'ils considèrent comme important. La première section concernait l'expérience sexopérinatale et était divisée en deux sous-sections : l'expérience pendant la grossesse et l'expérience depuis l'arrivée de bébé. Dans ces deux sous-sections respectives, si l'expérience était positive, quatre questions générales étaient posées sur les changements vécus, la réaction du partenaire, les changements vécus selon l'autre partenaire et les moyens utilisés pour garder cette situation positive. Si l'expérience était plutôt négative, cinq questions générales étaient posées sur les difficultés vécues, le partage de cette difficulté, la réaction du partenaire, les moyens de gérer la situation et l'état actuel de la situation. Pour sa part, la deuxième section concernait les besoins et les services sexopérinataux, encore une fois divisée en deux sous-sections : ceux pendant la grossesse et ceux depuis l'arrivée de bébé. Chaque sous-section comprenait quatre grandes questions concernant le besoin ressenti d'obtenir des informations sur la sexualité

(incluant les raisons), la recherche d'informations sur le sujet (dans le cas positif, les sources utilisées), le fait d'avoir ou non abordé la sexualité dans les suivis avec un professionnel de santé (incluant des sous-questions sur la langue de discussion) et les moyens qui aurait pu aider davantage en matière de sexualité. La plupart des questions étaient ouvertes et des précisions en fonction des réponses obtenues permettait l'orientation générale des questions suivantes. La version de base du guide comprenait deux sections : la section expérience avait deux questions principales, trois questions complémentaires et trois exemples de questions de clarificaton; et la section besoins/services avait cinq questions principales, deux questions complémentaires et trois exemples de questions de clarification. Cette première version a par la suite été validée en matière de contenu et en matière de validité apparente, puis révisée, en concertation avec la directrice de thèse. La version modifiée a ensuite été pré-testée avec un couple de parents francos-ontariens et de légères modifications ont été effectuées pour obtenir la version finale.

L'objectif était de dix couples volontaires (20 participants) choisis au hasard parmi ceux acceptant de faire une entrevue, suivant l'exemple du devis de l'étude de Moreau et collègues (2013) auprès des familles francophones accouchant à Ottawa. Toutefois, seulement cinq entrevues de couples ont été faites, les participants n'étant presqu'unanimement non enclins à participer à une entrevue en plus de répondre au questionnaire. D'une durée moyenne de 45 minutes (étendue : 26 minutes à 59 minutes), ces entrevues étaient de type semi-structuré, permettant une certaine flexibilité dans le déroulement et permettant au couple de mettre l'emphase sur ce qu'ils trouvaient important dans leur propre expérience.

L'entrevue a ici été choisie, car elle permet de mieux comprendre les autres (Fontana & Frey, 2005) : « understanding of an individual or a group perspective […] encompass the hows of people's lives (the constructive work involved in producing order in everyday life) as well as the traditional whats (the activities of everyday life) » (p. 698). L'entrevue permet de donner de l'importance au processus actif d'échanges et à l'interaction entre les deux partis, tout en mettant le focus sur le contexte historique, politique et culturel (Fontana & Frey, 2005). Enfin, il est important de rappeler que la combinaison des deux méthodes ici utilisées permet d'aborder d'emblée les enjeux sexopérinataux et de faire une première

réflexion sur l'expérience, les besoins et les services, le tout avant d'être approfondi en entrevue subséquente.

Plus particulièrement, des entrevues de couple ont été choisies, car elles sont plus appropriées quand le sujet abordé est d'ordre relationnel ou relié au couple (Arksey, 1996 ; Bjornholt & Farstad, 2014 ; Morris, 2001) ainsi qu'à la famille (Sakellariou, Boniface & Brown, 2013), surtout lorsqu'il est question d'intimité et de sexualité du couple (Taylor & de Vocht, 2011). Les entrevues de couple ont plusieurs avantages. Elles permettent d'abord et avant tout d'obtenir des données plus complètes et plus riches en comblant les lacunes des discours réciproques, en favorisant le développement de visions et de discours complémentaires, mais aussi différents, et en favorisant la spécification, l'élaboration, la révélation, la rectification et l'inclusion de nuances dans les discours des deux partenaires (Arksey, 1996 ; Bjornholt & Farstad, 2014 ; Morris, 2001 ; Sakellariou et al., 2013; Taylor & de Vocht, 2011). De plus, les entrevues de couples permettent d'obtenir une vision commune à l'expérience vécue (Arksey, 1996 ; Morris, 2001 ; Sakellariou et al., 2013 ; Taylor & de Vocht, 2011), tout en permettant d'observer et d'analyser les interactions et la dynamique des couples, ce qui enrichit les données (Arksey, 1996 ; Bjornholt & Farstad, 2014 ; Morris, 2001 ; Sakellariou et al., 2013 ; Taylor & de Vocht, 2011). Les entrevues de couple permettent aussi de donner un sentiment d'équité aux deux partenaires, ce qui empêche un sentiment d'infériorité ou d'exclusion chez un partenaire (Arksey, 1996 ; Morris, 2001). Cela permet aussi d'inclure et de recruter davantage les hommes, qui sont généralement plus difficiles à rejoindre et à inclure que les femmes (Bjornholt & Farstad, 2014). Ces entrevues sont également plus pratiques quand les deux parents sont interrogés, leur permettant de planifier une seule rencontre (Bjornholt & Farstad, 2014). Dans certains cas, l'entrevue de couple peut amener de la détresse ou un inconfort chez un partenaire ou même causer des tensions, des frictions, des conflits ou des désaccords entre les partenaires (Arksey, 1996 ; Bjornholt & Farstad, 2014 ; Sakellariou et al., 2013 ; Taylor & de Vocht, 2011), mais l'entrevue de couple permet ultimement d'offrir un espace et une occasion privilégiée au couple pour aborder des sujets qui les concernent tous deux (Bjornholt & Farstad, 2014)

3.7. Analyses

Deux types d'analyses ont été faites : d'abord, des analyses quantitatives ont été

réalisées, puis des analyses qualitatives ont été développées.

D'un point de vue quantitatif, différentes analyses ont été faites avec les données en utilisant le logiciel SPSS, version 20.0. D'abord, le calcul des quatre différentes échelles standardisées s'est fait selon le protocole de comptabilisation propre à chacune, présenté précédemment en fonction des échelles. Puis, pour tous les questionnaires, des analyses descriptives ont été faites pour les variables indépendantes : des statistiques générales (effectifs, proportions et pourcentages), des statistiques de position (moyenne, mode et médiane) et des statistiques de dispersion (étendue, écart-type, variance). Ces analyses ont permis de donner un premier portrait statistique général sur l'ensemble des données. Des analyses descriptives simples ont aussi été utilisées pour observer les différences entre les scores des deux membres du couple et pour comparer les scores des mêmes participants entre les deux temps (pré et post natal), scores obtenus en fonction des différentes échelles de mesure et questions proposés aux participants. D'autres analyses ont été effectuées pour obtenir un profil des réponses en fonction de caractéristiques démographiques (origine, l'âge, etc.).

Toutefois, des analyses plus poussées ont permis de comparer les scores des 4 différentes échelles standardisées en fonction du sexe du participant (femme versus homme) et en fonction du temps (pré versus post natal). Plus précisément, voici la liste des analyses bivariées qui ont été utilisées comme tel :

- pour l'AD : ANOVA mixte avec 1 variable indépendante répétée (temps) et 1 variable indépendante (sexe), la variable dépendante étant le score à l'échelle AD ;
- pour l'ERI : ANOVA mixte avec 1 variable indépendante répétée (temps) et 1 variable indépendante (sexe), la variable dépendante étant le score à l'échelle ERI ;
- pour le FSFI : test-t pairé avec 1 variable indépendante répétée (temps), la variable dépendante étant le score à l'échelle FSFI;
- pour le BMSFI : test-t pairé avec 1 variable indépendante répétée (temps), la variable dépendante étant le score à l'échelle BMSFI.

Pour les réponses aux deux questionnaires développés pour l'étude, la plupart des résultats ont dû s'en tenir aux statistiques descriptives. Toutefois, un test statistique a pu être appliqué sur les résultats de plusieurs questions ayant des réponses sous forme d'échelle : test-t avec variable indépendante répétée (temps), pour voir s'il y avait un changement

significatif dans le temps de certaines variables sexuelles, effectué pour les femmes et hommes ; et ANOVA mixte avec 1 variable indépendante répétée (temps) et 1 variable indépendante (sexe du participant), la variable dépendante correspondant à la réponse des participants à la question concernée.

En outre, des analyses statistiques inférentielles ont porté sur l'effet de 8 variables indépendantes (âge, confession religieuse, niveau d'éducation, statut civil, allaitement au sein ou au biberon, dépression, lacérations/déchirures et type d'accouchement, qui a été redivisé en 2 catégories, vaginal, comportant 3 sous-types, ou césarienne, comportant 2 sous-types) sur les scores obtenus sur les 4 échelles de mesure standardisées de cette recherche (AD, ERI, FSFI et BMFSI) par les femmes et les hommes, lorsque applicable. Les différents tests qui ont été faits sont les suivants :

- pour l'effet de l'âge sur l'AD et l'ERI en combinaison: 1 MANOVA avec 1 variable indépendante (âge), les 2 variables dépendantes correspondant au score de l'AD et au score de l'ERI ;
- pour l'effet de l'âge sur le FSFI et sur le BMSFI : 2 ANOVA mixtes avec 1 variable indépendante (âge), la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné ;
- pour l'effet de la confession religieuse, du niveau d'éducation et du statut civil sur l'AD, l'ERI, le FSFI et le BMFSI: 12 ANOVA mixtes avec 1 variable indépendante à la fois, la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné ;
- pour l'effet de l'allaitement (sein vs biberon) sur l'AD, l'ERI et le FSFI, seulement chez les femmes en post-natal : 3 test-t avec 2 groupes indépendants (femmes allaitant au sein et femmes allaitant au biberon), la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné ;
- pour l'effet du type d'accouchement (vaginal vs césarienne) sur l'AD, l'ERI et le FSFI, seulement chez les femmes en post-natal : 3 test-t avec 2 groupes indépendants (femmes ayant vécu un accouchement vaginal ou une césarienne), la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné ;
- pour l'effet des lacérations/déchirures (présence ou absence) sur l'AD, l'ERI et le FSFI, seulement chez les femmes en post-natal : 3 test-t avec 2 groupes indépendants (les femmes ayant des lacérations/déchirures et celles n'en ayant pas subies), la

variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné ;

- pour l'effet de la dépression (présence ou absence) sur l'AD, l'ERI, le FSFI et le BMSFI, chez les femmes et les hommes, mais seulement en post-natal : 6 test-t avec 2 groupes indépendants (les participants ayant vécu une dépression et ceux n'en ayant pas vécus), la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné ;
- pour l'effet du sexe et de la dépression (présence ou absence) sur l'AD, ERI, le FSFI/BMSFI : 1 ANOVA mixte avec 2 variables indépendantes (sexe et présence ou absence de dépression), la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné.

Pour chaque test envisagé, la puissance statistique a été calculée a priori pour s'assurer du nombre de participants requis (Cohen, 1988). Pour le test-t pairé, pour obtenir un effet moyen (.5) avec une probabilité de 80% et un alpha de .05, il faut un échantillon de 34 personnes. Pour le même test, mais avec un effet faible de (.3), surtout utilisé dans les cas de nouveaux sujets de recherche encore peu explorés, il faut un échantillon de 90 personnes. Pour les tests t à groupes indépendants, pour obtenir un effet moyen (.5) avec une probabilité de 80% et un alpha de .05, il faut un échantillon de 51 personnes par groupe pour les 2 groupes, soit 102 personnes en tout. Pour ce qui est des ANOVA mixtes (2x2), pour la variable répétée, il faut 34 personnes pour obtenir un effet moyen (0.25) avec une probabilité de 80% et un alpha de 0.5 (avec corrélation assumé de .5 entre les mesures répétées). Pour la variable indépendante, il faut 128 participants en tout pour obtenir un effet moyen (0.25) avec une probabilité de 80% et un alpha de 0.5 (avec corrélation assumé de .5 entre les mesures répétées). Enfin, pour ce qui est de la MANOVA (avec une 1 variable indépendante à 4 niveaux, l'âge, et deux variables dépendantes), il faut 116 personnes au total pour obtenir un effet moyen (.5) avec une probabilité de 80% et un alpha de .05. Dans tous les cas, notre échantillon de 67 couples (134 participants) remplit les conditions statistiques pour des résultats avec un effet moyen (.5), une probabilité de 80% et un alpha de .05. Une fois l'échantillon recruté et les questionnaires remplis, les puissances statistiques ont été calculées en fonction des tests statistiques faits; le seuil significatif, la puissance réelle ainsi que le niveau d'effet pour chaque test est rapporté au fur et à mesure des résultats. L'étendue des puissances réelles pour les tests-t pairés est de 0.98 à 1; celle pour les tests-t à groupes

indépendants est de 0.77 à 1. Les puissances réelles pour les ANOVAS varient entre 0.89 à 1, bien que quatre d'entre elles soient plus basses, soit 0.52, 0.56, 0.76 et 0.78. La puissance réelle de la MANOVA est de 0.89. Selon Cohen (1988), toutes ces puissances sont qualifiées de bonnes à excellentes, se rapprochant le plus possible de 1.

Pour les données qualitatives issues des questions ouvertes des questionnaires, une analyse de contenu à la main a été effectuée en fonction des questions concernées. Pour les données qualitatives issues des entrevues, une analyse de contenu à la main a aussi été effectuée, en se basant sur la méthode de l'Écuyer (1990). Suite à la transcription des verbatims et à un élagage de ces derniers, des lectures préliminaires ont été faites (L'Écuyer). Par la suite, une codification des plus petites unités de sens (mot, groupe de mots, phrase, idée) a été faite sur les propos rapportés, suivi par une classification par thèmes et une catégorisation avec un modèle ouvert où les catégories n'ont pas été prédéterminées, mais sont bel et bien développées progressivement (L'Écuyer, 1990). La catégorisation a été discutée à maintes reprises et validée en concertation avec la directrice de thèse, subissant de légères modifications au fur et à mesure, avec un accord final sur l'arborisation finale des thèmes, catégories, sous-catégories et items les composant. Toutes les catégories ont été traitées comme exclusives (indépendantes), exhaustives (tout doit être classé), cohérentes et pertinentes (cohérentes envers le sujet), univoques (le nom des catégories doit avoir le même sens pour tous les éléments qu'il contient ; il n'y a pas d'interprétation possible), homogènes (l'ensemble des catégories est homogène afin de pouvoir développer un modèle théorique), objectives et productives (qui « apporte des résultats riches », Bardin, 2007, p. 154), toutes des qualités nécessaires aux catégories dans une analyse de contenu (Bardin, 2007 ; Deslauriers, 1991 ; L'Écuyer, 1990). Parallèlement, les notes d'observation prises lors de l'entrevue ont aussi été intégrées à cette analyse. Enfin, une analyse quantitative et une analyse qualitative des résultats ont été faites pour obtenir une description scientifique complète des données qualitatives dans leur ensemble, suivies d'une interprétation des résultats pour compléter le processus (L'Écuyer, 1990).

3.8. Éthique

En matière d'éthique, certaines attentions ont été considérées. D'abord, les subventions qui appuient cette recherche ont été reconnues clairement en tout temps : tous

les acteurs impliqués dans cette recherche ont reconnu le soutien du Réseau de Recherche Appliquée sur la Santé des Francophones de l'Ontario (RRASFO), des Bourses d'Études Supérieures de l'Ontario (BÉSO), des Bourses d'admission et d'excellence de l'Université d'Ottawa et de la Bourse de doctorat de l'Hôpital Montfort.

Deuxièmement, il est important de préciser que le protocole de cette recherche a été soumis à trois comités d'éthique différents et subséquents. En effet, le projet a d'abord été déposé au Comité d'éthique de la recherche (CÉR) – Sciences et science de la santé de l'Université d'Ottawa le 7 juin 2013. La première réponse du CÉR a été reçue le 4 juillet 2013 et des premières corrections ont été renvoyées le 30 juillet 2013. Une seconde série de questions du CÉR a été reçue le 14 août 2013 ; les corrections correspondantes ont été renvoyées le 23 août 2013. L'approbation éthique finale a été obtenue le 9 septembre 2013. Puis, une fois modifié et approuvé, le projet a été de nouveau soumis au Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Montfort le 1er avril 2014. Des réponses ont été obtenues le 9 avril 2014 et des corrections ont été retournées le 10 avril 2014. L'approbation éthique officielle a été obtenue le 15 avril 2014. Finalement, le projet a été soumis au Comité d'éthique de Santé Publique Ottawa (« Ottawa Public Health Research Ethics Board ») le 25 février 2014. À cause des contretemps administratifs, une première réponse a été reçue de leur part le 11 avril 2014 ; des corrections ont aussitôt été retournées le 29 avril 2014. L'approbation éthique finale a été obtenue le 25 juin 2014 et le début de la collaboration avec cette source a débuté dans la semaine du 14 juillet 2014. Les trois certificats d'éthique sont présents en Annexe 12, 13 et 14.

Les autres considérations éthiques qui ont été valorisées dans cette recherche concernent précisément la lettre d'information ainsi que le formulaire de consentement. Dans le cas du questionnaire en ligne et de l'entrevue, la lettre d'information ainsi que le formulaire de consentement ont présenté les mêmes concepts de base d'éthique: titre du projet, chercheures, invitation à participer, mise en contexte et but de l'étude, participation (ce qui est attendu en matière de participation), risques et bénéfices, anonymat et confidentialité, droit à l'information et au retrait de l'étude, contacts et questions à propos de l'étude et collaborateurs. Au début des questionnaires en ligne ainsi qu'en début d'entrevue, des lettres d'informations et des formulaires de consentement individuels ont été remis aux participants; une fois lus et signés, le questionnaire ou l'entrevue ont pu être entamés.

Certaines précisions concernant divers aspects éthiques de cette recherche sont développées ici. D'abord, en ce qui concerne l'accès aux données, seules la chercheure principale et sa directrice de thèse ont accès en tout temps aux données brutes des questionnaires en ligne, des enregistrements audio et des verbatims des entrevues. La statisticienne consultante sur le projet pour les analyses statistiques avancées a accès seulement au fichier modifié et épuré de toutes données confidentielles reliées aux participants.

Pour ce qui est de la conservation des données, tous les documents sous forme de papier reliés au projet ainsi que les enregistrements audio sont conservés dans un classeur verrouillé dans le bureau du domicile de la chercheure principale. Tous les documents informatiques sont pour leur part stockés dans un dossier crypté et protégé par un mot de passe sur l'ordinateur personnel de la chercheure principale. Une copie de tous ces documents est également conservée sur une clé USB cryptée et sécurisée demandant un mot de passe pour accéder aux fichiers qui y sont contenus. Comme le demande les directives de la Faculté des études supérieures et postdoctorales, une copie des données est aussi conservée sur le campus par la superviseure : Madame Polomeno a dans son bureau une copie qui est elle aussi gardée sous clé. Pour ce qui des données des questionnaires en ligne, le site Fluid Surveys est un site canadien ayant déjà été éthiquement approuvé pour la recherche; les données sont conservées sur un serveur sécurisé. Enfin, les données seront conservées informatiquement pendant 5 ans suivant la fin du projet de thèse et la soutenance de ce dernier prévue pour avril 2015; elles seront donc conservées officiellement du 30 avril 2015 au 30 avril 2020. Puis, ces données seront détruites de façon sécuritaire et tous les documents papier seront déchiquetés, puis mis au recyclage à l'Université d'Ottawa.

En matière d'anonymat et de confidentialité, comme dit précédemment, tous les participants répondant au questionnaire en ligne ont reçu un numéro de participant attribué par la chercheure par courriel qui était lié à un questionnaire unique et personnalisé. Seule la chercheure principale et sa superviseure de thèse ont accès au fichier joignant les liens des questionnaires personnalisés aux adresses courriel des participants. Ce fichier paire aussi les numéros des participants par couple. Le fichier d'analyse final ne contient donc pas les adresses courriel des participants, mais seulement leur numéro de participant. Avec les questionnaires en ligne, seules deux informations pourraient permettre l'identification des

participants, mais ces deux informations ne sont toutefois jamais présentées en lien avec un numéro de participant particulier pour éviter l'identification possible des participants : 1) dans le questionnaire "Informations Générales", section "Portrait sociodémographique", une question demande la ville habitée par le participant, et ce, chez la femme et l'homme; 2) dans le questionnaire "Informations Générales", section "Portrait périnatal", une question demande la date et l'heure de la naissance de l'enfant, et ce, dans le questionnaire pour la femme seulement. De plus, dans l'entrevue, un participant a pu décider de s'identifier en révélant des données précises concernant sa situation et ainsi faciliter son identification, mais toutes les informations qui permettent de trop en révéler sur les participants ne sont pas partagées ni présentées dans les communications et publications en lien avec le projet de thèse. Les citations utilisées des verbatim des entrevues sont épurées de toutes informations trop personnelles permettant une possible identification des participants et seuls des pseudonymes sont utilisés.

Dans la section sur les risques et ressources, il est précisé que cette étude n'implique aucun risque pour le participant, mais un inconfort ou un malaise psychologique ou émotionnel (ex., anxiété, stress, perte de confiance, regret relatif à la divulgation de renseignements personnels) peut être ressenti quant au contenu sensible du sujet à travers les questions, soit la sexualité périnatale. Ce sujet peut être sensible et intime pour certains. En tout temps, les participants ont pu choisir de refuser de répondre aux questions qui les dérangeaient ou les mettaient mal à l'aise. À la fin de tous les questionnaires, les références suivantes étaient affichées : Ligne Info-Santé Publique Ottawa (sans frais : 1-866-426-8885); et Télésanté Ontario (1-866-797-0000). La ligne Info-Santé Publique Ottawa ainsi que la ligne Télésanté Ontario permettent aux participants d'accéder et de parler directement à une infirmière possédant une formation pour faire un dépistage et une évaluation psychologique initiale; elle peut également leur donner des références dans le domaine au besoin. Si un participant s'est senti psychologiquement mal à l'aise lors de sa participation, il a pu contacter l'une de ces deux références, le consentement de leur collaboration ayant été obtenu auparavant.

Enfin, comme il a été indiqué sur les dépliants et affiches de recrutement, les participants n'ont pas reçu de compensation, mais des cartes d'épicerie ont été distribuées au hasard selon les modalités suivantes, à la fin de l'étude : 1 couple sur 10 des répondants en

ligne a reçu une carte d'épicerie de 25$ chacune ; et les 5 couples volontaires pour les entrevues ont reçu chacun une carte d'épicerie de 25$ chacune. Les compensations en cartes d'épicerie n'ont pas l'objet d'un tirage au sort, mais bien d'une attribution stratégique selon la modalité suivante : pour chaque tranche de 10 participants ayant répondu au questionnaire en ligne, le premier participant recevra une carte. Cette attribution temporelle a été faite en combinant les participations des femmes et des hommes. Au total, 12 cartes d'épicerie ont été remise, pour un total de 300$.

Au plan technique dans le cas du questionnaire en ligne, la lettre d'information était située sur la deuxième page du questionnaire en ligne, après la page d'introduction. Après avoir lu cette lettre et avoir cliqué « Suivant », les participants ont été dirigés vers la troisième page du questionnaire en ligne, soit le formulaire de consentement. Pour accéder au questionnaire, ils ont obligatoirement dû cocher « Oui » aux deux énoncés suivants : "J'ai lu attentivement la lettre d'information et ce formulaire et je comprends toute l'information qui y figure" et « Je consens volontairement à participer à cette étude ». Par la suite, ils ont pu imprimer une version de ce formulaire pour leur propre dossier, selon les directives indiquées. Enfin, ils ont dû cliquer sur le bouton "Suivant" pour commencer leur questionnaire en ligne. À la fin de la dernière page, les participants ont été invités à participer à l'entrevue de couple complémentaire et optionnelle et comme dit précédemment, ils ont pu y laisser leurs coordonnées (nom, numéro de téléphone et/ou courriel) pour un futur contact avec la chercheure. Pour finaliser le questionnaire, tous les participants ont dû cliquer sur le bouton « Envoyer » pour partager leurs données avec la chercheure.

Toujours au plan technique, mais pour ce qui est de l'entrevue, une nouvelle lettre d'information et un formulaire de consentement ont été remis à chaque participant et par la suite lue par la chercheure à haute voix au début de la rencontre. Par la suite, les participants ont tous deux été invités à lire et à signer le formulaire de consentement, un pour chaque membre du couple. Une copie de la lettre d'information et une copie du formulaire de consentement leur ont été remises ; les copies signées ont été endossées et conservées par la chercheure.

Les lettres d'information et les formulaires de consentement pour le questionnaire en ligne et l'entrevue de couple sont disponibles en Annexe 15.

3.9. Précisions supplémentaires sur la méthodologie de l'Article 1

Comme précisé dans l'Article 1, un examen de la portée (« scoping review ») a été développé pour cerner la littérature existante sur la sexopérinatalité. Daudt, van Mossel et Scott (2013, p. 8) ont défini les examens de la portée comme des études qui permettent de dresser le portrait de la littérature sur un sujet particulier et qui permet ainsi d'identifier et de cerner les concepts clés, les lacunes et les diverses sources de données pour éventuellement enrichir les pratiques, les politiques et la recherche. Ce type de revue permet d'informer à la fois : les chercheurs, les décideurs et les praticiens; la pratique (incluant les interventions et les programmes) ; les politiques ; ainsi que la recherche en donnant une direction aux futures études et aux priorités (Armstrong, Hall, Doyle & Waters, 2011 ; Colquhoun et al., 2014 ; Daudt, van Mossell & Scott, 2013 ; Levac, Colquhoun & O'Brien, 2010).

Les examens de la portée se différencient des revues systématiques par quatre aspects :

1) leur but est différent : le but des examens de la portée est de dresser un portrait de la littérature sur un sujet donné, alors que le but des revues systématiques est de résumer les meilleurs recherches et données dans le domaine concerné (Pham et al., 2014) ;
2) l'évaluation de la qualité des études incluses n'est pas prioritaire (Arksey & O'Malley, 2005 ; Armstrong et al., 2011 ; Levac et al., 2010 ; Pham et al., 2014) ;
3) il y a absence de synthèse quantitative ou une présence de synthèse davantage qualitative (Arksey & O'Malley, 2005 ; Armstrong et al., 2011 ; Pham et al., 2014) ;
4) différentes études avec différentes méthodologies peuvent être incluses, incluant des études qualitatives, quantitatives, empiriques, théoriques et même des études provenant de la littérature grise et des écrits non publiés (Arksey & O'Malley, 2005 ; Colquhoun et al., 2014 ; Pham et al., 2014).

Le modèle d'Arksey et O'Malley (2005), comprenant 5 ou 6 étapes (la dernière étant facultative), a été utilisé pour cette étude (Arksey & O'Malley, 2005 ; Armstrong et al., 2011 ; Colquhoun et al., 2014 ; Daudt et al., 2013 ; Davis, Drey & Gould, 2009 ; Levac et al., 2010 ; Pham et al., 2014). Créé par Arksey et O'Malley en 2005, ce modèle est l'un des

premiers ayant été développé et publié en tant que modèle guide pour développer un examen de la portée. Levac, Colquhoun et O'Brien, en 2010, y ont ajouté des recommandations à chaque étape ainsi que des considérations pour l'avancée, l'application et l'utilité de tels types d'études. Enfin, en 2013, Daudt, van Mossel et Scott y ont fait quelques ajouts finaux.

Comme précisé dans l'article, toutes les étapes de ce modèle ont été appliquées à la sexopérinatalité. Au total, 123 études empiriques ont été retenues pour développer cet examen de la portée.

3.10. Conclusion

Cette thèse de doctorat a donc été développée en tant qu'étude de cas descriptive et exploratoire utilisant des méthodes mixtes. 67 couples francophones en situation minoritaire linguistique de la région d'Ottawa et de l'Est ontarien ont participé en remplissant un questionnaire en ligne sur l'intimité et la sexualité périnatale (incluant au total six questionnaires différents). Cinq couples parmi eux ont aussi été recrutés pour participer à une entrevue de couple complémentaire et optionnelle. Ainsi, des données sur l'expérience sexopérinatale (vécu, besoins et services) des couples parentaux franco-Ontariens d'Ottawa et de l'Est ontarien ont été recueillies, puis analysées qualitativement et quantitativement, le tout inscrit dans une démarche méthodologique de recherche éthique, le projet ayant été approuvé par trois comités d'éthique différents.

Chapitre 4 : Article 1

Journal de Gynécologie Obstétrique <jgobr.hf@bct.aphp.fr> 5 août 2015 17:26
À : Catherine de Pierrepont
JGYN - Submission Confirmation

ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction
Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité - Partie 1
Ms. Catherine de Pierrepont

Dear Ms. Catherine de Pierrepont,

Your submission entitled "Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité - Partie 1" has been received by Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction

You may check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System as an author, using your Username and Password. The URL is http://ees.elsevier.com/jgyn/.

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Elsevier Editorial System
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction

---
TECHNICAL TIPS:
1) Please ensure that your e-mail server allows receipt of e-mails from the domain "elsevier.com", otherwise you may not receive vital e-mails.
2) We would strongly advise that you download the latest version of Acrobat Reader, which is available free at: http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html
3) To allow some windows of Elsevier Editorial System, you need to activate the "pop up". Please check the configuration of your browser Internet, and which of any extra tool bar as "Yahoo! Bar" or "Google bar". For these tool bars, please ensure that the control of the pop up is not activated.
4) For first-time users of Elsevier Editorial System, detailed instructions and a 'Tutorial for Reviewers' are available at: http://ees.elsevier.com/jgyn/.

****

ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction
Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité - Partie 1
Ms. Catherine de Pierrepont

Cher(e) Ms. Catherine de Pierrepont,

Nous avons bien reçu votre article intitulé :
"Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité - Partie 1"

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction et nous vous ferons parvenir son avis dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre manuscrit en vous connectant en tant qu'auteur sur le site d'EES à l'adresse http://ees.elsevier.com/jgyn/.

En vous remerciant de votre confiance, et de l'intérêt que vous portez à la revue.

Bien cordialement,

La Rédaction
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction

---
IMPORTANT:
1) Merci de vous assurer que votre serveur de mail ne vous interdit pas la réception de courriers électroniques envoyés par « elsevier.com », vous pourriez ne pas recevoir certains courriers importants.
2) Il vous est fortement recommandé d'avoir la dernière version d'Acrobat Reader, qui est disponible gratuitement sur : http://www.adobe.fr/products/acrobat/readstep2.html.
3) Pour accéder à certaines pages importantes du site, il faut activer les « pop up ». Veillez bien à vérifier la configuration de votre navigateur Internet, et celle des barres de navigation telles que « Yahoo ! Tool bar », ou « Barre d'outils Google », et à desactiver le blocage des « pop up » sur le site de la revue. Cela ne vous expose à aucun risque.
4) Pour une première utilisation du système éditorial Elsevier (EES), un mode d'emploi et un guide sont disponibles sur la page d'accueil du site : http://ees.elsevier.com/jgyn/.

Partie 1

Titre :
Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 1

Title:
What do we know about perinatal sexuality? A scoping review on sexoperinatality – Part 1

Titre courant :
Examen de la portée sur la sexualité périnatale – Partie 1

Auteures et coordonnées :
Catherine de Pierrepont [1], Viola Polomeno [2], Louise Bouchard [3], et Elke Reissing [4]

- [1] Catherine de Pierrepont, Sexologue (B.A. & M.A., Profil Recherche et Intervention), Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
- [2] Viola Polomeno, Inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa
- [3] Louise Bouchard, Ph.D., Professeure titulaire, Département de Sociologie et Institut de recherche sur la santé des Populations, Université d'Ottawa
- [4] Elke Reissing, Ph.D., C. Psych., Professeure titulaire, École de Psychologie, Université d'Ottawa

Auteure de correspondance :
Catherine de Pierrepont, Sexologue (B.A. & M.A., Profil Recherche et Intervention), Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Résumé :
Lors de la transition à la parentalité, l'aspect intime et sexuel de la relation conjugale des futurs et nouveaux couples parentaux est le plus affecté et le plus vulnérable; les couples doivent s'adapter pour favoriser leur couple et leur famille. Le but de cet examen de la portée est de cerner ce que dit la littérature des 15 dernières années sur la sexualité périnatale. Au total, 123 articles empiriques ont été retenus. Ce premier article d'une série de deux concerne la sexualité pendant la grossesse. En plus de dresser un portrait des recherches sélectionnées, 24 variables sexuelles prénatales ont été analysées. Les données rassemblées esquissent un portrait sexopérinatal diversifié : les expériences intimes et sexuelles sont variables. Malgré certaines exceptions, une certaine tendance à la baisse graduelle et progressive de la plupart des comportements sexuels et de l'expression sexuelle générale pendant la grossesse a été notée, avec une diminution marquée au début de la grossesse et au 3^{e} trimestre. Les femmes sont particulièrement affectées par un plus grand nombre de changements sexuels, mais les hommes le sont aussi. De nombreux facteurs physiologiques et psychologiques simultanés affectent l'expression sexuelle des couples. Les fluctuations sexuelles sont toutefois un phénomène naturel pendant la transition à la parentalité ; la sexualité pendant la grossesse constitue une bulle temporelle et temporaire où la sexualité se modifie et s'ajuste en fonction des nouvelles conditions. L'intervention sexopérinatale devrait faire partie du suivi holistique

des soins de santé périnataux pour favoriser le maintien d'une relation intime et sexuelle saine et positive chez les couples.

Mots-clés :
sexualité périnatale, sexopérinatalité, transition à la parentalité, couples parentaux, grossesse

Abstract :
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; couples must adapt to support their relationship and their families. The purpose of this scoping review is to identify the literature that has been published on perinatal sexuality in the last 15 years. A total of 123 empirical articles were selected. This first article of a series of two is about sexuality during pregnancy. In addition to painting a picture from the chosen articles, 24 prenatal sexual variables were analyzed. The combined data present a diversified portrait of perinatal sexuality during pregnancy: the intimate and sexual experience varies during this period. Despite some exceptions, a certain tendency towards a gradual and progressive decline in most sexual behaviors and overall sexual expression during pregnancy was noted, with a marked decrease in early pregnancy and during the third trimester. Women are particularly affected by a greater number of sexual changes, but men are too. Many simultaneous physiological and psychological factors affect the sexual expression of the couples. Sexual fluctuations are a natural phenomenon during the transition to parenthood; couples must adjust to the new conditions and to the changes associated with sexuality during pregnancy which are considered temporary. Sexoperinatal interventions should be a part of holistic perinatal health care in order to help couples maintain an intimate relationship and a healthy and positive sexual life.

Keywords :
perinatal sexuality, sexoperinatality, transition to parenthood, parenting couples, pregnancy

1. Introduction

La sexualité, phénomène complexe et multidimensionnel [1,2,3], constitue une composante fondamentale et centrale de la santé humaine globale [1,2,3,4,5]. Lors des différentes transitions de vie, cette dernière peut être ébranlée et doit être ajustée en conséquence. Ceci est notamment le cas lors de la transition à la parentalité, circonscrite pendant la période périnatale et se définissant en temps précis entre la décision d'avoir un enfant ou le moment de la conception jusqu'à ce que l'enfant atteigne deux ans de vie [6]. Cette période regorge de bouleversements multidimensionnels simultanés d'ordre biologique, physiologique, psychologique, émotionnel, social et sexuel pour les futurs et nouveaux parents, particulièrement lors du premier enfant [7,8,9,10,11,12]. Il s'agit d'une phase développementale critique, d'un événement de vie majeur, d'une période de stress, de déséquilibre, et d'un moment de transition de vie nécessitant une adaptation, des ajustements majeurs et une réorganisation pour le couple [6,10,13,14,15,16,17,18]. Plus particulièrement, c'est l'aspect intime et sexuel du couple qui est le plus affecté et le plus vulnérable lors de cette période [6,10,16,17,18,19,20,21,22]. Par le fait même, les futurs et nouveaux parents doivent s'adapter le mieux possible pour favoriser leur couple et par extension, leur famille. Les besoins intimes et sexuels des couples parentaux sont nombreux lors de cette transition et gagneraient à être reconnus et répondus, mais peu d'attention leur est portée en recherche et pratique clinique. Cette série de deux articles permettra de faire le point, par un examen de la portée, sur la sexualité lors de la période périnatale. Ce premier article abordera spécifiquement la sexualité pendant la grossesse.

2. Méthodologie

Afin de cerner l'ensemble des études récentes sur la sexopérinatalité, un examen de la portée (« scoping review ») a été entrepris, soit un des types de revue de littérature [23] de plus en plus en utilisé en santé [24,25,26,27,28,29]. Daudt et al. [26] ont défini les examens de la portée comme des études qui permettent de dresser le portrait de la littérature sur un sujet particulier et qui permet ainsi d'identifier et de cerner les concepts clés, les lacunes et les diverses sources de données pour informer et enrichir les pratiques, les politiques et la recherche. Les examens de la portée incluent des études avec des différentes méthodologies et l'évaluation de la qualité des études incluses n'est pas prioritaire [24,25,28,29,30].

Le modèle d'Arksey et O'Malley [30], comprenant six étapes (la dernière est facultative), a été utilisé pour cette étude [24,25,26,27,28,29,30]. La première a consisté en l'identification de la question de recherche qui a été faite par les deux auteures principales : Que dit la littérature existante sur l'intimité et la sexualité périnatale des futurs et nouveaux parents ? La deuxième étape a été l'identification des études pertinentes grâce à une multitude de sources à l'aide de la combinaison de plusieurs mots clés, en anglais et en français (voir Tableau 1). Cette première recherche a permis d'identifier 333 références pertinentes. La troisième étape a permis la sélection finale des études appropriées en fonction de deux tris consécutifs. Tous les articles choisis devaient directement porter sur l'intimité et/ou la sexualité pendant la période périnatale chez les couples hétérosexuels ; le tout était réflété soit dans le titre ou dans les résumés des articles. Le premier tri a été fait en fonction des dates de publication, soit les études après 2000, et en fonction de la langue, soit les études en français ou en anglais. Un second tri en fonction des types d'articles a par la suite été fait et 123 articles empiriques (avec données originales) ont été retenus (voir Figure 1 pour le décompte des études en fonction des deux tris compris dans l'étape de la sélection). La quatrième étape a permis d'organiser en tableau ces 123 études (voir Tableau 2 pour les

entêtes de colonnes incluses – le tableau complet est disponible sur demande auprès de l'auteure principale). La cinquième étape a permis le rassemblement, le sommaire et le rapport des résultats. Les données des études sélectionnées ont été divisées en fonction de la période périnatale correspondante (prénatale, travail et accouchement, postnatale et allaitement), puis en fonction des différentes autres variables abordées. Enfin, la sixième étape facultative, soit la consultation optionnelle avec des experts dans le domaine, a été réalisée avec quatre professeures afin de renforcer la validité et la fiabilité des données rapportées.

3. Résultats

Les résultats présentés dans cet article concernent l'état des recherches sélectionnées pour cet examen de la portée ainsi que la sexualité pendant la grossesse. Cette dernière section est divisée en fonction des différentes variables sexopérinatales étudiées.

3.1. État des recherches

Le Tableau 3 présente les détails des 123 études empiriques sélectionnées pour cet examen de la portée. Les pays d'origine sont variés et représentent tous les continents. En matière de type d'étude, 96 sont quantitatives et 19 qualitatives ; huit font figures d'exception. De plus, 24 études incluaient un aspect longitudinal et 23 un aspect rétrospectif. Pour ce qui est du nombre de participants, l'étendue est de six à 12 815 participants (incluant les cas contrôles), avec une moyenne générale de 537 participants. Plus précisément, les études qualitatives ont recruté six à 131 participants (moyenne de 30), les études quantitatives ont recruté 37 à 12 815 participants (moyenne de 674), et les études d'exception ont recruté 26 à 576 participants (moyenne de 142). Parmi les études retenues, 83 ont recruté leurs participants dans divers services de santé (soins prénataux, services pré et post nataux, unités de santé, centres de santé, cliniques, hôpitaux, cours pré et post nataux, bureaux

d'obstétriciens-gynécologues, suivi de sage-femme, suivi de travailleurs de santé communautaires) et quatre études ont recruté leurs participants en ligne.

Les caractéristiques générales des participants sont toutes aussi variées. Les participants recrutés ont entre 15 et 60 ans, avec une moyenne d'âge relative de 30 ans. Pour ce qui est de la parité, les études recensées s'intéressent autant aux participants nullipares, primipares et multipares, avec une légère emphase sur les parents dont c'est la première fois (« first-time parent »). En matière de statut civil, la grande majorité des participants sont mariés ou cohabitent avec leur partenaire. Si les participants étaient recrutés pendant la grossesse, le trimestre a été spécifié ; si les participants étaient recrutés en période postnatale, le type d'accouchement, la présence de lacérations, déchirures et/ou épisiotomie ainsi que le temps depuis l'accouchement ont été précisés.

Toutes ces études prises ensemble dans le domaine sexopérinatal couvrent une vaste étendue de variables étudiées, des attitudes envers la sexualité à la fonction sexuelle, en passant par les problèmes sexuels et la satisfaction sexuelle et ce, pendant et après la grossesse. Toutefois, toutes les études ne se concentrent que sur quelques aspects à la fois, aucune d'entre elles n'abordant la majorité des variables suivantes dans une seule recherche, variables qui sont pourtant représentatives, dans leur ensemble, de l'expérience sexopérinatale.

3.2. Sexualité pendant la grossesse

3.2.1. Opinions et connaissances sur la sexualité pendant la grossesse

Les opinions sur la continuation des relations sexuelles pendant la grossesse sont mitigées. Selon les études, entre 39,4% à 97,5% des participants interrogés croient qu'il est possible et sécuritaire d'avoir des relations sexuelles pendant la grossesse [31,32,33,34,35,36,37,38], alors que 2 à 8,8% pensent que cela n'est pas acceptable et/ou

dangereux [31,33,34,35]. De plus, 52,7% à 85% pensent que les relations sexuelles devraient être réduites pendant la grossesse [39,40,41]. C'est particulièrement au 1er trimestre et à la fin de la grosssese que les relations sexuelles sont considérées plus compromettantes [36,37,39,42]. De plus, dans son étude quantitative auprès de 170 femmes enceintes, Sossah [11] a trouvé une forte relation significative entre les attitudes et les comportements sexuels pendant la grossesse (p=0.001 et r=0.252 pour le désir, p=0.003 et r=0.227 pour les comportements non-coïtaux et p=0.022 et r=0.176 pour les comportements non coïtaux), les attitudes positives entraînant plus de comportements sexuels. Cette étude a également révélé un niveau de connaissances des femmes sous la moyenne concernant la sexualité ainsi qu'une relation moyenne, mais significative, entre le niveau de connaissances et les comportements sexuels (p=0.000 et r=0.285 pour les comportements non coïtaux et p=0.008 et r=0.204 pour les comportements non coïtaux), les femmes qui ont plus de connaissances ayant plus de comportements sexuels. De son côté, l'étude quantitative auprès de 196 femmes enceinte d'Olusegun et Ireti [37] a noté que 49,5% d'entre elles ont des connaissances pauvres à bonnes en matière de lignes directrices sécuritaires pour le coït pendant la grossesse.

3.2.2. Peurs, anxiétés et croyances

La réduction des activités sexuelles ou l'abstinence sexuelle par peur et anxiété pendant la grossesse sont très fréquentes. Les peurs et anxiétés les plus courantes sont les suivantes : peur de causer une fausse-couche (5,8% à 84,3%) [31,34,35,38,41,43,44,45,46,47,48,49,50] ; peur de déclencher le travail ou de causer un travail et un accouchement prématuré (9,4% à 60,7%) [44,45,46,47,49,50,51,52] ; peur de causer la rupture prématurée des membranes (2,6% à 54%) [31,33,41,49,50,51] ; peur de « faire mal à la grossesse » ou de créer des complications (5,9% à 79,8%) [34,37,51,53] ;

peur de causer des saignements (7,3% à 74,8%) [33,34,35,38,44,45,46, 50,51] ; peur des infections (4% à 60,7%) [31,34,35,41,46,50,51,52] ; peur de faire mal au fœtus (12% à 86,9%) [34,35,36,38,39,41,44,46,47,49,50,51,52,54,55] ; peur de faire mal à la mère (4% à 55%) [39,44,54] ; et peur de l'inconfort et/ou de la douleur (6% à 63%) [31,35,37,41,47,50,55,56]. Les études quantitatives d'Erol et al. [57], de Gökyildiz et Beji [33], de Pauls et al. [58] ainsi que de Bartellas et al. [51] ont toutes stipulé que la plupart de ces peurs augmentent au fil des trimestres.

En matière de croyances, plusieurs études ont soulevé qu'une raison religieuse, sociale, culturelle et/ou traditionnelle interdisait la sexualité pendant la grossesse (4% à 33%) [39,43,55,59]. Enfin, l'étude quantitative de Boyce et al. [60] auprès de 312 hommes a indiqué que 18,6 % d'entre eux relèvent de cas de détresse psychologique ; il y a donc un stress associé à la grossesse pour les hommes.

3.2.3. Importance de la sexualité

Seule l'étude de Trutnovsky et al. [53] a étudié cette variable et a fait part d'une diminution significative de l'importance de la sexualité en général ($p<0.001$) et de l'importance du coït entre avant la grossesse et les débuts de la grossesse ($p<0.001$) ainsi qu'entre les débuts de la grossesse et la grossesse avancée ($p<0.047$).

3.2.4. Raisons pour avoir de la sexualité

Les raisons pour avoir de la sexualité pendant la grossesse se regroupent en 5 catégories. Les facteurs en lien avec le partenaire comprennent : la pression ressentie du partenaire (19%) ; la prévention de l'infidélité ainsi que le maintien de l'harmonie maritale et le lien entre les partenaires (11,6% à 50%) ; la satisfaction, le désir et le plaisir du partenaire (0,7% à 14,7%) ; et le devoir conjugal (4,0% à 41%) [31,32,34,35,39,48,51,59,61]. Les facteurs en lien avec la grossesse, le travail et l'accouchement sont la facilitation du travail et

de l'accouchement (3,9% à 39%), l'amélioration du bien-être du fœtus (13%), la préparation des voies d'accouchement (25,5%) et le renforcement des muscles génitaux (12,8%) [31,34,35,39]. Les facteurs personnels concernent les éléments suivants : la satisfaction des envies et des désirs personnels (15% à 44%), le plaisir personnel (7% à 7,9%), la gratification personnelle (62,8% à 65%), le soulagement des tensions (0,7%) et l'expression de son amour (13%) [31,34,35,39,59]. Les facteurs de couples visent la recherche de plaisir sexuel pour les 2 partenaires (24,2%) et la satisfaction du plaisir de la femme et de son partenaire (34,4%) [32,35]. Les autres raisons concernent l'aspect récréationnel de la sexualité (1,5%) et l'absence de besoin de contraception qui offre plus de liberté (24,5%) [34,59].

3.2.5. Relation de couple

Selon De Judicibus et McCabe [14] et Kunaszuk [36], la satisfaction conjugale est un facteur clé en matière de satisfaction intime et sexuelle pendant la grossesse. L'étude quantitative de De Judicibus et McCabe [14] auprès de 138 femmes a noté une augmentation de la satisfaction envers la relation de couple pendant la grossesse comparée à avant la grossesse. Pour sa part, l'étude quantitative de Reichenbach et al. [54] auprès de 72 hommes a révélé que pour 73,6 % d'entre eux, la relation de couple ne s'est pas modifiée pendant la grossesse ; 26% considèrent même que la grossesse a renforcé leurs liens de couple. Pour Lee [62], dans son étude qualitative auprès de 12 femmes, la grossesse a aussi fortifié la relation.

3.2.6. Infidélité et affaires extra-conjugales

Seules deux études quantitatives ont rapportés des taux de relations extra-conjugales pendant la grossesse chez les hommes : 2,8% selon celle de Doucet-Jeffray et al. [44] auprès de 109 pères, et 28% selon celle d'Onah et al. [40] auprès de 279 hommes. Pour sa

part, l'étude de Whisman et al. [63] auprès de 2 291 individus, dont 1 041 hommes, a noté que l'infidélité est plus élevée chez les hommes qui ont des femmes enceintes que chez les hommes n'ayant pas une femme enceinte, faisant du statut de grossesse de la femme un facteur qui prédit l'infidélité chez l'homme, tout comme l'insatisfaction maritale. Aucune étude n'a présenté des données sur les femmes.

3.2.7. Image corporelle et sentiment de désirabilité

Le sentiment d'être attirantes et désirables pour leur partenaire chez les femmes enceintes a augmenté dans 24% à 47%, a diminué dans 10% à 41,5% et est resté le même dans 35% à 65% des cas [47,48,51]. Du point de vue masculin, selon l'étude de Doucet-Jeffray et al. [44] auprès de 109 pères, la transformation corporelle de leur partenaire a entraîné une augmentation du désir sexuel pour 15 pères, une diminution pour 34, et aucun changement pour 56.

3.2.8. Rêves, pensées et fantasmes

Selon l'étude de Fok et al. [52], les fantasmes des femmes ont augmenté pour 3,4% et ont diminué pour 33,2%. De leur côté, Bartellas et al. [51] ont chiffré à 44% les femmes qui ont des fantasmes pendant la grossesse. L'étude de Doucet-Jeffray et al. [44] auprès de 109 pères, pour sa part, a révélé que 38 d'entre eux ont rêvé de faire l'amour avec une autre femme, 16 ont eu des rêves de masturbation et 14 des rêves de dominant/dominé ; 12% de l'ensemble ont présentés pour la première fois ces pensées pendant la grossesse.

3.2.9. Facteurs physiques

La fatigue est un facteur physique qui nuit à la sexualité pendant la grossesse dans 2% à 35,5% des cas [33,46]. Les changements physiques reliés à la grossesse sont aussi invoqués, notamment l'abdomen qui prend de l'expansion et qui devient trop lourd pour

bouger (8,1%) [46,53]. La douleur au niveau pelvien (8,1%) et les petits saignements (« spotting ») (14%) sont aussi des facteurs dérangeants [46,48].

3.2.10. Initiation

Pendant la grossesse, c'est davantage et majoritairement l'homme qui initie et qui demandent les activités sexuelles [31,32,33,35,39,48,51,54,64]. Selon Bello et al. [31], les femmes acceptent de moins en moins l'initiation sexuelle de la part du partenaire au fil de la grossesse, fait confirmé par Gökyildiz et Beji [33].

3.2.11. Désir sexuel

Les différents chercheurs utilisent d'une façon interchangeable les termes « désir sexuel », « intérêt sexuel » et « libido ». Pour être cohérent, seul le terme désir sexuel sera utilisé ici. Entre 2,7% et 37,4% des femmes vivent une augmentation de leur désir sexuel pendant la grossesse [35,41,45,47,48,51,52,53,59]. Parallèlement, les femmes qui vivent un désir sexuel stable comptent pour 15% à 60% [38,41,42,47,51,59,65,66]. Pour ce qui est de la diminution du désir sexuel, c'est entre 28% et et 83,0% des femmes qui le vivent [14,33,35,38,41,45,47,48,49,51,52,59], Le manque de désir des femmes tend à augmenter en fonction des trimestres [11,38,42,49,66]. En contrepartie, le désir sexuel masculin augmente pour 5,5% à 26% des hommes, diminue pour 20% à 41,9% et reste stable pour 39,8% à 68,0% d'entre eux [40,44,51,54]. Selon Kunaszuk [36], les hommes rapportent des niveaux de désir sexuel plus élevés que les femmes. Pour leur part, Reichenbach et al. [54] ont démontré que le désir sexuel était très présent chez les hommes, même s'il y a diminution progressive, mais plus lente que chez les femmes.

3.2.12. Excitation sexuelle

L'étude quantitative auprès de 134 femmes enceintes d'Adeyemi et al. [43] a noté une diminution de l'excitation chez 54,5% d'entre elles tandis qu'Uwapusitanon et Choobun

[49], dans leur étude quantitative avec 149 femmes, ont révélé une diminution générale de l'excitation au fil de la grossesse.

3.2.13. Fréquence du coït

La fréquence du coït varie grandement pendant la grossesse et entre les trimestres, mais la tendance est vers un déclin progressif avec l'avancée des trimestres, avec une diminution marquée au 3e trimestre.

En général, entre 61,4% et 100% des couples continuent la pratique d'activités sexuelles pendant la grossesse [31,32,34,35,37,41,45,47,52,59]. Il a été rapporté qu'entre 5,1% et 46,1% des couples vivent une fréquence stable du coït sans changement [35,40,41,43,47,50,51,52,67] et entre 1% et 16% vivent une augmentation [35,40,41,43,51,52], particulièrement au 2e trimestre [47,55]. Toutefois, une diminution générale de la fréquence du coït au fil de la grossesse est signalé dans 37,4% à 99,3% des cas [14,32,35,39,40,41,43,49,50,51,52,54,55,61,68,69,70,71]. Un déclin progressif du coït est remarqué avec les trimestres [34,38,43,44,46,47,51,61,68,69,72,73,74], avec une diminution marquée au 3e trimestre [49,52,55,61,75] et particulièrement dans les dernières semaines de grossesse [42,43,47,75]. Plus spécifiquement, au 1er trimestre, entre 44,7% et 96% des couples pratiquent le coït [33,47,51] et entre 28,7% et 37,1% vivent une réduction [46,47]; au 2e trimestre, entre 35,6% et 89% pratiquent le coït [33,47,51,52] et entre 21,3% et 75% vivent une réduction [46,47,51] ; et au 3e trimestre, entre 10,1% et 67% pratiquent le coït [33,47,51,52,75] et entre 22,58% et 76% vivent une réduction [44,46,47,51]. Des données plus précises en lien avec le 3e trimestre ont aussi été dévoilées : entre 20% et 65% ont arrêté les activités sexuelles [39,46,47]. Selon plusieurs études avec différentes méthodes de comptabilisation du coït, le nombre moyen de coït par mois et par semaine tendent à diminuer au fil des trimestres [37,38,39,40,46,48,54], la majorité des moyennes par semaines

se situant entre un et deux [32,38,47,48]. En matière de durée du coït, Gökyildiz et Beji [33] ont trouvé dans leur échantillon de 150 femmes qu'il y a un déclin en fonction des trimestres, basé sur un coït de deux minutes et moins : 23,3% au 1er trimestre, 30,7% au 2e trimestre et 46% au 3e trimestre.

3.2.14. Positions sexuelles

Bien que Lee et al. [74] aient affirmé qu'il n'y avait pas de changement significatif ($p>0.05$) dans les positions sexuelles entre les trimestres, d'autres études les ayant analysées suggèrent des changements pendant la grossesse [44,48,49,51,54]. Dans deux études, une certaine variété des positions sexuelles utilisées par les couples a été relevée [33,59].

Dans leur étude détaillée des positions sexuelles pendant la grossesse, Sacomori et Cardoso [64] ont démontré que la plupart des neuf positions sexuelles répertoriées ont subi un déclin progresssif pendant la grossesse, sauf les positions de type côte-à-côte. Uwapusitanon et Choobun [49], pour leur part, ont noté une augmentation marquée des positions sexuelles non porteuses de poids (« non weight bearing »), soit les positions côte-à-côte et par derrière.

En détail, les positions sexuelles suivantes ont été utilisées pendant la grossesse : 24,1% à 67,6% pour le missionnaire ou homme sur le dessus [32,35,37,38,48,59,74] ; 5% à 36% pour la position dite « paresseuse » où l'homme et la femme sont face-à-face, couchés sur le côté [35,59,74] ; 2% à 26,1% pour la position d'Andromaque ou femme sur l'homme [35,37,48,59,74] ; 15% à 45% pour la position par derrière [37,38,48,74] ; 2% à 8,2% pour la position assisse [48,74] ; 1,8% pour la position debout [74] ; et 6% à 35,2% pour la position en cuillère, où l'homme et la femme sont couchés sur le côté, mais ventre à dos [37,59]. Plusieurs études ont affirmé que la position du missionnaire vivait un déclin pendant la grossesse [31,33,49] tandis que d'autres ont montré que cette même position était la position

préférée des couples [38,64], du moins jusqu'au 2e trimestre [64]. La position andromaque et la position par derrière ont parallèlement augmenté pendant la grossesse [38,49].

3.2.15. Autres comportements et activités d'ordre sexuel

Tout comme dans le cas du coït, un déclin des autres comportements et activités sexuelles est remarqué pendant la grossesse [58,71], bien que certaines activités fassent l'exception. S'embrasser reste l'une des activités les plus populaires (97% à 100%) [11,48,51,71], tout comme l'échange de câlins (94,5% à 100%) [11,44,71]. La pratique de préliminaires (« foreplay ») a été chiffrée à 79% par une seule étude [51], mais Fok et al. [52] ont affirmé qu'il y avait diminution dans 59,8% et augmentation dans 3,0% des cas. Gökyildiz et Beji [33] ont même précisé qu'il y avait un déclin de la durée des préliminaires au fil des trimestres, passant de 75,3% à 72,7% puis à 64%. En ce qui concerne la stimulation des seins (« breastfondling »), la pratique reste courante avec des taux de 87% à 88% [48,51], même si Fok et al. [52] ainsi que Von Sydow et al. [71] ont noté un certain déclin. Plus particulièrement, Bartellas et al. [51] ont allégué que 40% des femmes ont un inconfort avec cette pratique et qu'elle entraîne des effets secondaires indésirables (9% éjection de lait et 5% contractions utérines inconfortables). Bien que la masturbation masculine soit constante [71], la masturbation féminine est considérée comme le comportement non-coïtal le moins pratiqué par Sossah [11] et tend à décliner [52]; c'est entre 6% et 55,1% des femmes qui le pratiquent pendant la grossesse [11,44,47,48,51]. Toutefois, selon Von Sydow et al. [71], cette pratique est constante pendant la grossesse et présente même une augmentation au 2e trimestre. La stimulation manuelle, quant à elle, est pratiquée par 30,6% des couples selon Reichenbach et al. [54] et un déclin général a encore une fois été soulevé [71]. Entre 38,1% et 55% des couples pratiquent le sexe oral [47,51], sans distinction précisée. Encore une fois, un déclin de cette pratique a été soulevé [37,52,58,71].

Spécifiquement, le cunnilingus est pratiqué par 12,5% à 44% et la fellation par 18,1% à 41,3% [44,54]. Enfin, le coït anal reste une activité peu pratiquée en général (3,2% à 8,3%) [44,46,47,48,51]. Trois études ont confirmé une diminution de cette pratique [37,52,71].

3.2.16. Orgasme

La fréquence de l'orgasme chez les femmes enceintes est variable. Une diminution au fil de la grossesse de la fréquence ou de l'intensité de l'orgasme est noté chez le tiers jusuq'à la moitié des femmes [38,43,45,49,51,61,76], mais une absence de changement l'est également pour les autres [43,51]. Selon Gungor et al. [77], 11,1% des femmes sont insatisfaites de leur orgasme. Pour ce qui est des orgasmes masculins, l'étude de Onah et al. [40] a révélé une diminution de la fréquence dans 32,3% des hommes, une augmentation pour 11,8% et aucun changement pour 55,9% d'entre eux, tandis que Reichenbach et al. [54] ont montré que les orgasmes étaient qualifiés de très présents dans 43% des cas pendant la grossesse comparé à 60% avant la grossesse.

3.2.17. Plaisir sexuel

Le plaisir sexuel féminin est diminué pour 43,7% à 66,8% des femmes, est augmenté pour 2,3% à 14% et n'a subi aucun changement pour 42% [43,51,52] ; l'absence de plaisir sexuel pendant la grossesse a été chiffré entre 13,4% et 90,5% [37,43,61]. La seule étude s'étant attardée au plaisir sexuel masculin est celle de Reichenbach et al. [54] et les résultats sont : 6% de diminution et 68% pas de changement au 1er trimestre ; 11% de diminution et 68% pas de changement au 2^{e} trimestre ; et 28% de diminution et 58% pas de changement au 3^{e} trimestre. Dans tous les cas, le plaisir sexuel des hommes reste supérieur à celui des femmes, même s'il a surtout baissé au 3^{e} trimestre, soit plus tard que la diminution typique des femmes [54].

3.2.18. Satisfaction sexuelle

Chez la femme, entre 27,7% et 68% expérimentent une diminution de la satisfaction sexuelle [14,32,35,43,47,69,74,78]. Cette diminution est marquée dans la semaine précédant l'accouchement [42] et un déclin progressif est constaté avec l'avancée des trimestres [31,33,49,53,69]. Entre 9% et 14,9% [79,80] des femmes vivent une augmentation de la satisfaction sexuelle et entre 36,3% et 48,4% vivent une stabilité de la libido pendant la grossesse [35,42,47]. L'insatisfaction sexuelle varie entre 11,1% et 56% [45,77,81]. D'un autre côté, les données sur la satisfaction sexuelle des hommes sont plus rares. L'insatisfaction varie entre 15,6% et 38% [44,78]. Alors que Condon et al. [67] ont montré une augmentation de 10% des hommes rapportant un bas niveau de satisfaction sexuelle pendant la grossesse, Reichenbach et al. [54], pour leur part, ont montré que le nombre d'hommes considérant leur sexualité comme assez satisfaisante à non satisfaisante est passé de 18% avant la grossesse à 32% pendant la grossesse.

Deux études se sont penchées sur la perception des femmes par rapport à la satisfaction sexuelle de leur partenaire. Gökyildiz et Beji [33] ont souligné que les femmes perçoivent un déclin de la satisfaction sexuelle du partenaire : 18,7% au 1er trimestre pensent que leur partenaire est insatisfait, 16% au 2^{e} trimestre et 33,7% au 3^{e} trimestre. Dans l'étude de Kouakou et al. [35], 26,4% des femmes pensent que la satisfaction de leur partenaire a diminué, 5,6% qu'elle a augmenté et 52,8% qu'elle est restée inchangée. Enfin, la satisfaction des partenaires est plus grande quand les deux ont une libido en phase [44] et le niveau de plaisir dans la relation prédit l'insatisfaction sexuelle générale [77].

3.2.19. Fonction sexuelle

La fonction sexuelle féminine a largement été explorée en utilisant le *FSFI* (*Female Sexual Function Index* – Index de Fonction Sexuelle Féminine) et les résultats suivants ont été remarqués : il y a diminution progressive (entre les trimestres) du score total de fonction

sexuelle [7,12,58,68,82] ; il y a diminution progressive (entre les trimestres) de chacun des domaines du *FSFI* [7,12,68,72] ; et il y a une diminution marquée au 3e trimestre [12,57,68,80,83]. Ahmed et al. [68] ont toutefois précisé que le score total et les scores de chaque domaine augmentaient significativement (p=0.001) lors du 2e trimestre. Pour sa part, Yildiz [12] a démontré une corrélation linéaire (p< 0.001) entre la fonction sexuelle de la femme pendant la grossesse et sa situation avant la grossesse, fait qu'a aussi corroboré Ahmed et al. [68] (p=0.001); plus la fonction sexuelle est positive avant la grossesse, plus la fonction sexuelle est positive pendant la grossesse. L'étude d'Erol et al. [57] a plutôt décidé d'utiliser l'*Index of Female Sexual Function (IFSF)* pour évaluer la fonction sexuelle féminine, mais en est venu aux mêmes conclusions : les femmes ont des bas scores sur quatre des six domaines du *IFSF* (inconfort vaginal, sécheresse vaginale, insatisfaction envers la vie sexuelle, dysfonction orgasmique). Enfin, seule l'étude Condon et al. [67] s'est attardée à la fonction sexuelle des hommes et a révélé un déclin de cette dernière plus la grossesse avance.

3.2.20. Problèmes et dysfonctions d'ordre sexuel

Entre 12% et 73,8% des femmes vivent une dysfonction sexuelle pendant la grossesse [7,52,61,68], avec une augmentation progressive entre les trimestres [12,31,33,68,80] et un fort pourcentage au 3e trimestre [58], situé entre 63,4% et 94,9% [12,68,80]. Entre 10,6% et 37% des femmes vivent des saignements [51,52,59] et entre 4,4% et 37% vivent un manque de lubrification [47,51]. L'inconfort et/ou la douleur (dyspareunie) a été remarquée chez 6,5% à 68,8% des femmes [46,47,48,51,52,57,59,61]. L'anorgasmie féminine a été chiffrée entre 2,8% et 52,7% [33,47,69]. Erol et al. [57] ont précisé que 81% des femmes vivaient un quelconque désordre orgasmique pendant la grossesse. Deux autres dysfonctions sexuelles féminines ont aussi été cernées par les études : 94,2% des femmes ont une sensation du

clitoris diminuée [57] et entre 8,4% et 29% des femmes ont des contractions utérines inconfortables après les activités sexuelles [46,51,52,59].

Chez les hommes, Onah et al. [40] ont trouvé que 65,4% d'entre eux ont vécu une forme de dysfonction sexuelle au 3e trimestre de grossesse. Les problèmes d'éjaculation précoce ont été recensés chez 7,3% à 12% des hommes [44,61] tandis que la capacité à éjaculer tend à baisser plus la grossesse avance [54]. Les problèmes d'érection sont présents chez 7,3% à 36,6% des hommes [40,44] et des problèmes d'orgasme ont été identifiés chez 9,2% [44].

3.2.21. Conditions particulières de grossesse

Certaines conditions particulières de grossesse demandent un arrêt ou un ralentissement des relations sexuelles ; les femmes qui sont à haut risque de fausse-couche font typiquement partie de cette catégorie. Toutefois, l'étude d'Isajeva et al. [34] a démontré qu'il n'y avait pas de différence significative dans l'incidence de fausse-couche entre les femmes pratiquant un coït fréquent et celles pratiquant un coït non fréquent pendant la grossesse.

Les données concernant les risques associés à la sexualité en fin de grossesse sur le déclenchement du travail sont restreintes et contradictoires. Selon Abasalizadeh et Abasalizadeh [42], qui a fait une étude quantitative auprès de 74 femmes enceintes, avoir plus de deux coïts durant la dernière semaine de grossesse augmente les probabilités de développer une rupture prématurée des membranes. Toutefois, l'étude quantitative de Sayle et al. [70], qui pour sa part a comparé 187 femmes ayant vécu un accouchement prématuré à un groupe contrôle de 409 femmes n'ayant pas accouché prématurément, a noté que les activités sexuelles en fin de grossesse (29e-36e semaine) n'augmentaient pas les risques

d'accouchement prématuré ; les orgasmes dans cette période étaient même associés à un risque réduit d'accouchement prématuré.

3.2.22. Violence

En matière de violence conjugale, trois études ont révélé des données. Erenel et al. [61] ont souligné que 4,5% des femmes disent avoir été forcées d'avoir des relations sexuelles pendant la grossesse. Saurel-Cubizolles et Lelong [84], pour leur part, ont signalé que le pourcentage de femmes ayant subi des violences familiales pendant la grossesse varie selon les 16 pays européens étudiés, passant de 0% en Roumanie à 8,5% à Hongrie, avec des pourcentages significativement ($p<0.001$) plus élevés dans les pays de d'Europe de l'Est (Hongrie, Russie et République Tchèque). Enfin, l'Étude canadienne sur l'expérience de la maternité [85] a mentionné que sur 10,9% des femmes interrogées ont subi des violences dans les deux dernières années, 30,7% ont affirmé que l'acte de violence s'était produit pendant la grossesse ; pour 82,2% d'entre elles, l'auteur de l'acte de violence était au courant de la conditon de grossesse.

3.2.23. Autres

D'autres variables sexuelles ont été étudiées par certains chercheurs pendant la grossesse. Erenel et al. [61] ont déterminé que 42,9% des femmes se sentent sexuellement incompétentes pendant la grossesse et que ce sentiment augmentait au fil des trimestres. Enfin, en ce qui concerne le syndrome de couvade chez l'homme, soit des modifications physiques et psychiques entraînées par la grossesse chez ce dernier, il a été étudié par Reichenbach et al. [54] : 5 % des 72 des hommes interrogés ont noté des modifications physiques qui sont apparues au cours de la grossesse, dont la prise de poids et la présence de nausées.

4. Discussion

4.1. Retour sur les résultats

Les données rassemblées esquissent un portrait sexopérinatal international diversifié. Les expériences de la sexualité sont très variables entre les couples et il est difficile de cerner un consensus pour chaque variable étudiée, l'étendue des pourcentages pour une seule donnée étant parfois très grande et les résultats étant même parfois contradictoires. Pourtant, cette diversité typique des expériences constitue le reflet même de la réalité unique à chaque couple lors de la transition à la parentalité, réalité sexuelle qui est clairement influencée simultanément par une multitude de facteurs à la fois biologiques, psychologiques et socio-culturels. Tous ces facteurs sont interprétés et vécus différemment en fonction des individus et en fonction des couples, ce qui crée une diversification des expériences intimes et sexuelles des futurs couples parentaux.

Malgré tout, il est possible de dégager une certaine tendance à la baisse graduelle et progressive de la plupart des comportements sexuels et de l'expression sexuelle générale pendant la grossesse, avec une diminution marquée au début de la grossesse et au 3^{e} trimestre, que ce soit en matière de fréquence du coït, d'importance de la sexualité, d'excitation sexuelle, de satisfaction sexuelle, d'orgasme, de plaisir sexuel ou de fonction sexuelle. Évidemment, il existe des exceptions, plusieurs individus vivant une augmentation de certains comportements sexuels pendant la grossesse, surtout au 2^{e} trimestre qui est des plus variables, mais le ralentissement des activités sexuelles reste une tendance typiquement observée. Les femmes semblent particulièrement affectées par un plus grand nombre de changements sexuels. Entre autres, leur désir sexuel est particulièrement affecté pendant la grossesse et les dysfonctions sexuelles sont davantage présentes parmi elle. Les hommes, pour leur part, n'échappent pas à la tendance à la baisse de l'expression sexuelle générale et des activités sexuelles ; ils vivent également des changements au plan de leur sexualité, mais

semblent généralement être moins affectés que les femmes. Face à cette dichotomie, les problèmes de discordance sexuelle chez les couples pourraient être plus courants et deviennent alors un enjeu crucial dans l'entente du couple et dans la satisfaction conjugale et sexuelle de chacun des partenaires. Toutefois, il faut tenir compte que les hommes sont largement sous-représentés dans les études sur la sexopérinatalité en général et il est donc difficile de bien saisir leur réalité sexuelle unique, pour la comparer à celle femmes.

La sexualité périnatale est largement tributaire des facteurs physiologiques et psychologiques vécus par les couples parentaux, surtout lorsque ceux-ci sont plus présents, soit au début et à la fin de la grossesse. Que ce soit la fatigue, les maux typiques de début ou de fin de grossesse, les peurs, les anxiétés ou les attitudes envers la sexualité, tous ces facteurs affectent inévitablement et négativement la sexualité prénatale, surtout celle des femmes, devenant parfois d'importants obstacles à l'épanouissement et l'expression intime et sexuelle des deux partenaires. Plus particulièrement, les peurs irrationnelles des partenaires en matière de sexualité ralentissent significativement les comportements sexuels, même si leurs bases scientifiques laissent à désirer. De plus, un autre facteur psychologique, le sentiment de désirabilité qui est lié à l'image corporelle, est un obstacle possible à la sexualité pour les femmes pendant la grossesse. Ces dernières doivent composer avec un nouveau corps en transformation qui a perdu ses points de repères usuels, ce qui peut affecter leur enclin envers la sexualité. Savoir que le tout n'est pas permanent et qu'elles reprendront éventuellement le contrôle de leur corps est important.

Lors de la transition à la parentalité, les futurs parents doivent endosser un nouveau rôle psycho-socio-sexuel, celui de parent. En s'ajoutant aux deux rôles que chaque partenaire a déjà intégré à son identité, soit celui de partenaire conjugal et celui de partenaire sexuel, le rôle de parent vient clairement monopoliser l'attention et l'énergie des deux membres du

couple, au détriment temporaire des deux autres rôles. Ce conflit de rôle est inévitable et nécessaire à l'adaptation des individus et des couples pour favoriser l'ajout d'un nouveau membre dans la famille, le bébé. Durant la grossesse, les futurs parents doivent commencer à intégrer graduellement leur futur rôle de parent et plusieurs ont tendance à mettre de côté, au profit de ce dernier, leurs rôles de partenaire conjugal et sexuel, même si ces deux rôles sont des piliers fondamentaux à entretenir lors de cette transition. L'équilibre entre ces trois rôles est difficile à atteindre et à maintenir durant la transition à la parentalité. Cela explique entre autres que la relation du couple parental ainsi que la sexualité du couple vivent toutes deux une période de vulnérabilité importante pendant la grossesse [6,19,21]. De plus, la relation est réciproque : la satisfaction conjugale est affectée par les changements d'ordre sexuel concomittants et la qualité de la relation conjugale affecte à son tour les comportements sexuels et l'intimité du couple.

Il est important de préciser que le constat général de ces données n'est pas et ne doit pas être alarmant : la réduction de l'expression de la sexualité est un phénomène naturel pendant cette phase de transition aux multiples changements concomittants à de multiples niveaux que les futurs et nouveaux parents vivent. La sexualité pendant la période périnatale doit être considérée comme une bulle temporelle et temporaire où la sexualité se modifie et s'ajuste en fonction des nouvelles conditions. Les changements que cette bulle apporte doivent être relativisés et perçus comme naturels, temporaires et transitoires.

Enfin, considérant que les données recueillies proviennent d'études de divers pays dispersés aux mœurs, croyances et traditions sociales, culturelles, spirituelles et religieuses différentes, il est important de noter l'influence culturelle comme un facteur important modulant la représentation et l'expérience sexopérinatale. Bien que plus de la moitié des études rapportées ici proviennent de pays occidentaux industrialisés, la plupart des études qui

ont interrogé les couples parentaux sur les peurs, les anxiétés et les croyances en lien avec la sexualité proviennent de d'autres pays. Ces trois dernières variables sont largement tributaires des appartenances religieuses et spirituelles qui sont généralement différentes de celles des pays occidentaux industrialisés. Par le fait même, les données d'ordre psychologique qui sont présentées ici doivent être prises et analysées dans leur contexte socio-culturel pour mieux les comprendre. Par exemple, la religion musulmane, plus répandue dans les pays africains, possède des dogmes uniques envers la sexualité en général ; les croyances envers la sexualité pendant la période périnatale n'y échappent pas et sont donc teintées d'une façon différente des pays chrétiens, qui eux ont une toute autre vision de la sexualité qui affecte à sa manière la sexualité. Le contexte socio-culturel doit être pris en compte dans toutes les situations.

4.2. Forces et limites

Cet examen de la portée s'est limité à l'étude d'articles empiriques avec des données originales, même si les études de toutes méthodes (qualitatives, quantitatives et mixtes) ont été incluses. Les autres types d'articles, notamment les articles critiques ou théoriques sur le sujet, n'ont pas été inclus afin d'homogéniser le plus possible les types d'études couvertes par cet examen de la portée. Toutefois, le portrait sexopérinatal en découlant est donc basé sur des données probantes récentes.

La recherche d'articles aurait pu être plus poussée en matière de littérature grise, notamment les articles non publiés ou en soumission. Les critères d'inclusion de langue (français et anglais) ainsi que les années circonscrites choisies (2000 à 2015) constituent également des limites de cette étude. Toutefois, cet examen de la portée a permis de donner suite et de développer une continuité avec la méta-analyse de Von Sydow de 1999 [18], article qui reste encore aujourd'hui la référence dans le domaine de la sexopérinatalité. Cet

examen de la portée a donc permis une mise à jour des connaissances sur un sujet unique et innovateur : la sexopérinatalité. De plus, il a permis l'identification des lacunes et des variables moins documentées et/ou contradictoires dans le domaine.

Considérant le manque de consensus sur les méthodes de recherche, sur les outils et sur les mesures utilisés en matière de sexualité périnatale, il est difficile de comparer les résultats entre eux et d'en arriver à des conclusions générales et constats unanimes. De plus, considérant la diversité des échantillons (au plan des participants et des pays d'origine, notamment), il faut porter une attention particulière à la généralisation possible des résultats présentés ici. Toutefois, un examen de la portée sert à rassembler les données existantes sur un sujet et de donner un portrait d'ensemble d'un sujet peu ou pas étudié, comme cela a été le cas ici.

En tant qu'examen de la portée, cette étude n'a pas analysé la qualité des études choisies, ce qui n'est pas négatif en soi, mais ce qui empêche d'analyser et de tirer des conclusions unanimes et consensuelles. Les études qualitatives et quantitatives ont été amalgamées sans donner un poids respectif aux échantillons les composant comme dans le cas de revues systématiques ou de méta-analyses. Toutefois, cet examen de la portée n'avait pas comme but d'évaluer la qualité des informations étudiées, mais bien de cerner l'ensemble des données sur la sexopérinatalité dans les dernières années.

5. Conclusion

Lors de la grossesse, l'intimité et la sexualité des futurs parents vivent des fluctuations à divers degrés, avec une tendance générale à la baisse des comportements sexuels et de l'expression sexuelle, surtout au début et à la fin de la grossesse. La transition à la parentalité est donc clairement une période vulnérable pour le couple et pour sa sexualité. Afin de prévenir et d'empêcher le développement de patterns négatifs chez les futurs parents

qui peuvent ébranler à court, moyen et long terme la fondation même de leur couple, il est important d'identifier les couples plus à risque et d'intervenir auprès d'eux le plus rapidement possible pour faciliter une transition en douceur en matière d'intimité et de sexualité. Les changements dans ces deux dimensions peuvent affecter l'amour dans les couples, variable qui n'est pourtant pas étudiée. La communication, l'ouverture, la compréhension et le soutien mutuel dans le couple sont tous des facteurs importants à développer et à renforcer pour favoriser une transition à la parentalité saine et positive en matière d'intimité et de sexualité. Par le fait même, 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 [6,8,19,86,87,88,89], l'intervention sexopérinatale doit faire partie du suivi holistique des soins de santé afin de favoriser le maintien d'une relation positive en matière d'intimité et de sexualité chez les couples parentaux [6,10,13,18,19,89,90,91,92].

Conflit d'intérêt :
aucun

Remerciements aux organsimes subventionnaires pour cette recherche :
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] Dupras A. La professionnalisation de la sexologie au Québec. Sexologies 2006;15(1):58-64.
[2] Giami A, Pacey S. Training health professionals in sexuality. Sex Relation Ther 2006;21(3):267-271.
[3] Organisation Mondiale de la Santé, OMS. Defining sexual health. 2006; Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_-health/defining_sexual_health.pdf.
[4] Dupras A. L'avenir de la sexologie. Sexologies 2010;19(2):99-103.
[5] Organisation Mondiale de la Santé, OMS. Santé sexuelle et reproductive ; Compétences de base en soins primaires. 2012; Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf.
[6] Polomeno V. The Polomeno Family Intervention framework for perinatal education: Preparing couples for the transition to parenthood. J Perinat Educ 2000;9(1):31-48.
[7] Alsibiani SA. Effects of pregnancy on sexual function. Saudi Med J 2014;35(5):482-487.
[8] Cappell JP. A biopsychosocial approach to persistent postpartum pain and postpartum sexual function [thèse]. Kingston, Canada ; Queen University; 2014.
[9] 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. 137-158.
[10] 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(8):2782-2790.
[11] Sossah L. Sexual behavior during pregnancy: A descriptive correlational study among pregnant women. Eur J Res Med Sci 2014;2(1):16-27.
[12] 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(1):49-59.
[13] Bitzer J, Alder J. Sexuality during pregnancy and the postpartum period. J Sex Educ Ther 2000;25(1):49-58.
[14] De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. J Sex Res 2002;39(2):94-103.
[15] Hansson M, Ahlborg T. Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents – A longitudinal study. Sex Reprod Healthc 2012;3(2012):21-29.
[16] Polomeno V. Sex and pregnancy: A perinatal educators' guide. J Perinat Educ 2000;9(4):15-27.
[17] Polomeno V. Marriage in the transition to parenthood: How can perinatal education help? Or can it? Int J Childbirth Educ 2007;22(3):21-29.
[18] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. J Psychosom Res 1999;47(1):27-49.
[19] de Pierrepont C, Polomeno V. Rôle du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. Gynecol Obstet Fert 2014;42(7-8):507-514.
[20] Polomeno V. Family health promotion from the couple's perspective, Part 1 : Documenting the need. Int J Childbirth Educ 1999;14(1):8-12.
[21] Polomeno V. A couples approach to the teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood. Int J Childbirth Educ 2014;29(1):78-85.

[22] Van der Shueren B. (2003). La maternité est-elle sexuée ? [mémoire]. Genève, Suisse : Université de Genève; 2003.
[23] Grant MJ, Booth A. A typology of reviews : An analysis of 14 review types and associated methodologies. Health Info Libr J 2009;26(2):91-108.
[24] Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. Cochrane Update – Scoping the scope of a cochrane review. J Public Health 2011;33(1):147-150.
[25] Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, et al. Scoping reviews: Time for clarity in definition, methods, and reporting. J Clin Epidemiol 2014;67(12):1291-1294.
[26] Daudt HML, van Mossel C, Scott SJ. Enhancing the scoping study methodology : A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. BMC Med Res Methodol 2013;13(48):1-9.
[27] Davis K, Drey N, Gould D. What are scoping studies ? A review of the nursing literature. Int J Nurs Stud 2009;46(10):1386-1400.
[28] Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies : Advancing the methodology. Implement Sci 2010;5(69):1-9.
[29] Pham MT, Rajic A, Greig JD, Sargeant JM, Papadopoulos A, McEwen SA. A scoping review of scoping reviews : Advancing the approach and enhancing the consistency. Res Synth Methods 2014;5(4):371-385.
[30] Arksey H, O'Malley L. Scoping studies : Towards a methodological framework. Int J Soc Res Met 2005;8(1):19-32.
[31] Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy andchildbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. ISRN Obstet Gynecol 2011;2011(2011):1-6.
[32] Dao B, Some DA, Ouattara S, Sioho N, Bambara M. Sexualité au cours de la grossesse : une enquête auprès de femmes enceintes en milieu urbain africain. Sexologies 2007;16(2):138-143.
[33] Gokyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. J Sex Marital Ther 2005;31(3):201-215.
[34] Isajeva J, Siklunas M, Drasutiene GS, Bartkeviciene D. Features of the sexual life during pregnancy. Acta Medica Lituanica 2012;19(2):67-74.
[35] Kouakou KP, Doumbia Y, Djanhan LE, Ménin MM, Kouaho JC, Djanhan Y. Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité – Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011;40(1):36-41.
[36] Kunaszuk RME. Intimacy, libido, depressive symptoms and marital satisfaction in postpartum couples [thèse]. Philadelphie, Etats-Unis : Drexel University ; 2009.
[37] Olusegun FA, Ireti AO. Sexuality and sexual experience among women with uncomplicated pregnancies in Ikeja, Lagos. J Med Med Sci 2011;2(6):894-899.
[38] Senkumwong N, Chaovisitsaree S, Rugpao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. J Med Assoc Thailand 2006;89(4):S124-S129.
[39] Naim M, Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. J Pak Med Assoc 2000;50(1):38-44.
[40] Onah HE, Iloabachie GC, Obi SN, Ezugwu FO, Eze JN. Nigerian male sexual activity during pregnancy. Int J Gynecol Obstet 2002;76(2):219-223.
[41] Orji EO, Ogunlola O, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. J Obstet Gynaecol 2002;22(2):166-168.

[42] Abasalizadeh F, Abasalizadeh S. Behavioral dichotomy in sexuality during pregnancy and effect of birth-week intercourse on pregnancy outcomes in a Iranian population. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics 2009;14(2).
[43] Adeyemi AB, Fatusi AO, Makinde ON, Omojuwa I, Asa S, Onwudiegwu U. Changes in sexual practices and responses among ante-natal clinic attendees in a Nigerian teaching hospital. J Obstet Gynaecol 2005;25(8):796-802.
[44] Doucet-Jeffray N, Miton-Conrath S, Le Mauff P, Senand R. Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse ? La Revue Exercer 2004;71(nov/dec):111-119.
[45] Khamis MA, Mustafa MF, Mohamed SN, Toson MM. Influence of gestational period on sexual behavior. J Egypt Public Health Assoc 2007;82(1 & 2):65-90.
[46] Liu HL, Hsu P, Chen KH. Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. Sex Med 2013;1(2):54-61.
[47] Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. J Sex Med 2010;7(1 pt 1):136-142.
[48] Shojaa M, Jouybari L, Sanagoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. Arch Gynecol Obstet 2009;279(3):353-356.
[49] Uwapusitanon W, Choobun T. Sexuality and sexual activity in pregnancy. J Med Assoc Thailand 2004;87(suppl. 3):S45-S49.
[50] Wannakosit S, Phupong V. Sexual behaviour in pregnancy : Comparing between sexual education group and nonsexual education group. J Sex Med 2010;7(10):3434-3438.
[51] Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. Br J Obstet Gynaecol 2000;107(8):964-968.
[52] Fok WY, Chan LYS, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstet Gyn Scan 2005;84(10):934-938.
[53] Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. Aust Nz J Obstet Gyn 2006;46(4):282-287.
[54] Reichenbach S, Alla F, Lorson J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse : Une étude pilote portant sur 72 hommes. Sexologies 2001;11(42):1-6.
[55] Yangin HB, Eroglu K. Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in southwestern Turkey: A qualitative study. J Sex Marital Ther 2011;37(3):190-205.
[56] Ali MM, Cleland JG. The link between postnatal abstinence and extramarital sex in Côte d'Ivoire. Stud Fam Plann 2001;32(3):214-219.
[57] Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. J Sex Med 2007;4(5):1381-1387.
[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(8):1915-1922.
[59] Moodley J, Khedun SM. Sexual activity during pregnancy: A questionnaire-based study. South Afr J Epidemiol Infect 2011;26(1):33-35.
[60] Boyce P, Condon J, Barton J, Corkindale C. First-Time Fathers' Study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. Aust Nz J Psychiat 2007;41(9):718-725.
[61] Erenel AS, Eroglu K, Vural G, Dilbaz B. A pilot study: In what ways do women in Turkey experience a change in their sexuality during pregnancy? Sex Disabil 2011;29(3):207-216.
[62] Lee JT. The meaning of sexual satisfaction in pregnant taiwanese women. J Midwifery Womens Health 2002;47(4):278-286.

[63] Whisman MA, Gordon KC, Chatav Y. Predicting sexual infidelity in a population-based sample of married individuals. J Fam Psychol 2007;21(2):320-324.
[64] Sacomori C, Cardoso FL. Sexual initiative and intercourse behaviour during pregnancy among Brazilian women : A retrospective study. J Sex Marital Ther 2010;36(2):124-136.
[65] 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(2):167-174.
[66] Bermudez MP, Sanchez AI, Buela-Casal G. Influence of the gestation period on sexual desire. Psychology in Spain 2001;5(1):14-16.
[67] Condon JT, Boyce P, Corkindale J. The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. Aust Nz J Psychiat 2004;38(1-2):56-64.
[68] Ahmed MR, Madny EH, Ahmed WAS. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. J Obstet Gynaecol Res 2014;40(4):1023-1029.
[69] Escudero-Rivas R, Carretero P, Cano A, Cruz M, Florido J. Modifications of sexual activity during uncomplicated pregnancy: A prospective investigation of Spanish women. Health 2013;5(8):1289-1294.
[70] Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. Obstet Gynecol 2001;97(2):283-289.
[71] Von Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: Results from the Sexual Preferences Questionnaire. J Psychosom Obst Gyn 2001;22(1):29-40.
[72] Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. Int J Impot Res 2005;17(2):154-157.
[73] Lawoyin TO, Larsen U. Male sexual behaviour during wife's pregnancy and postpartum abstinence period in Oyo State, Nigeria. J Biosoc Sci 2002;34(1):51-63.
[74] Lee JT, Lin CL, Wan GH, Liang CC. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. J Sex Marital Ther 2010;36(5):408-420.
[75] Fox NS, Gelber SE, Chasen ST. Physical and sexual activity during pregnancy and near delivery. J Womens Health 2008;17(9):1431-1435.
[76] Connolly AM, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function : A longitudinal prospective study. Int Urogynecol J 2005;16(4):263-267.
[77] Gungor S, Baser I, Ceyhan S, Karasahin E, Acikel CH. Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. Int J Impot Res 2007;19(4):358-365.
[78] Sauvestre-Foucault C. Sexualité du post-partum – Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels [thèse]. Paris, France : Université de Paris Descartes ; 2011.
[79] 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(5):1343-1349.
[80] Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. Rev Assoc Med Bras 2009;55(5):563-568.
[81] Nik-Azin A, Nainian MR, Zamani M, Bavojdan MR, Bavojdan MR, Motlah MJ. Evaluation of sexual function, quality of life, and mental and physical health in pregnancy women. J Family Reprod Health 2013;7(4):171-176.

[82] Naldoni LM, Pazmino MAV, Pezzan PAO, Pereira SB, Duarte G, Ferreira CH. Evaluation of Sexual Function in Brazilian Pregnant Women. J Sex Marital Ther 2011;37(2):116-129.
[83] Franceschet J, Sacomori C, Cardoso FL. Strength of pelvic floor muscles and sexual function during pregnancy. Rev Bras Fisioter 2009;13(5):383-389.
[84] Saurel-Cubizolles MJ, Lelong N. Violences familiales pendant la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34(suppl. 1):2S47-2S53.
[85] Agence de Santé Publique du Canada, ASPC. Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. 2009; Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php.
[86] de Montigny F, Girard ME, Lacharité C, Dubeau D, Devault A. Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. J Affect Disorders 2013;150(1):44-49.
[87] de Montigny F, Lacharité C. Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. JOGNN 2004;33(3):328-339.
[88] de Montigny F, Lacharité C, Amyot É. The transition to fatherhood : The role of formal and informal support structures during the post-partum period. Texto & Contexto - Enfermagem 2006;15(4):601-609.
[89] Polomeno V, Dubeau D. La sexopérinatalité : où en sommes-nous ? Infirmière Clinicienne 2009;6:20-24.
[90] Allen L, Fountain L. Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes. J Perinat Educ 2007;16(1):32-36.
[91] Alteneder RR, Hartzell D. Addressing the couples' sexuality concerns during childbearing period: use of the PLISSIT model. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1997;26(6):651-658.
[92] Foux R. Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. Sex Relation Ther 2008;23(3):271-277.

Tableau 1 : Stratégie de recherche

Sources utilisées	- Google Scholar
	- Bases de données
	  o PsychInfo
	  o PudMed
	  o ERIC
	  o Medline
	  o Embase
	  o ProQuest
	  o Scholar Portal
	- Listes des références et prise en compte de toutes les bibliographies des articles trouvés
	- Sites internet stratégiques
	- Associations, regroupements et organisations
	- Résumés de conférences

Mots-clés	- intimité/intimacy, intime/intimate - sexe/sex, sexuel/sexual, sexualité/sexuality et toutes leurs déclinaisons - marital - couple - relation - seins/breast - allaitement/breastfeeding - grossesse/pregnancy, enceinte/pregnant, gestation - accouchement/birth - anténatal/antenatal, prénatal/prenatal, antépartum - intrapartum - postnatal, postpartum - périnatal/perinatal, puerpérium - bébé/baby, enfant/children - mère/mother, père/father, parent - maternité/maternity, paternité/paternity - transition à la parentalité/transition to parenthood

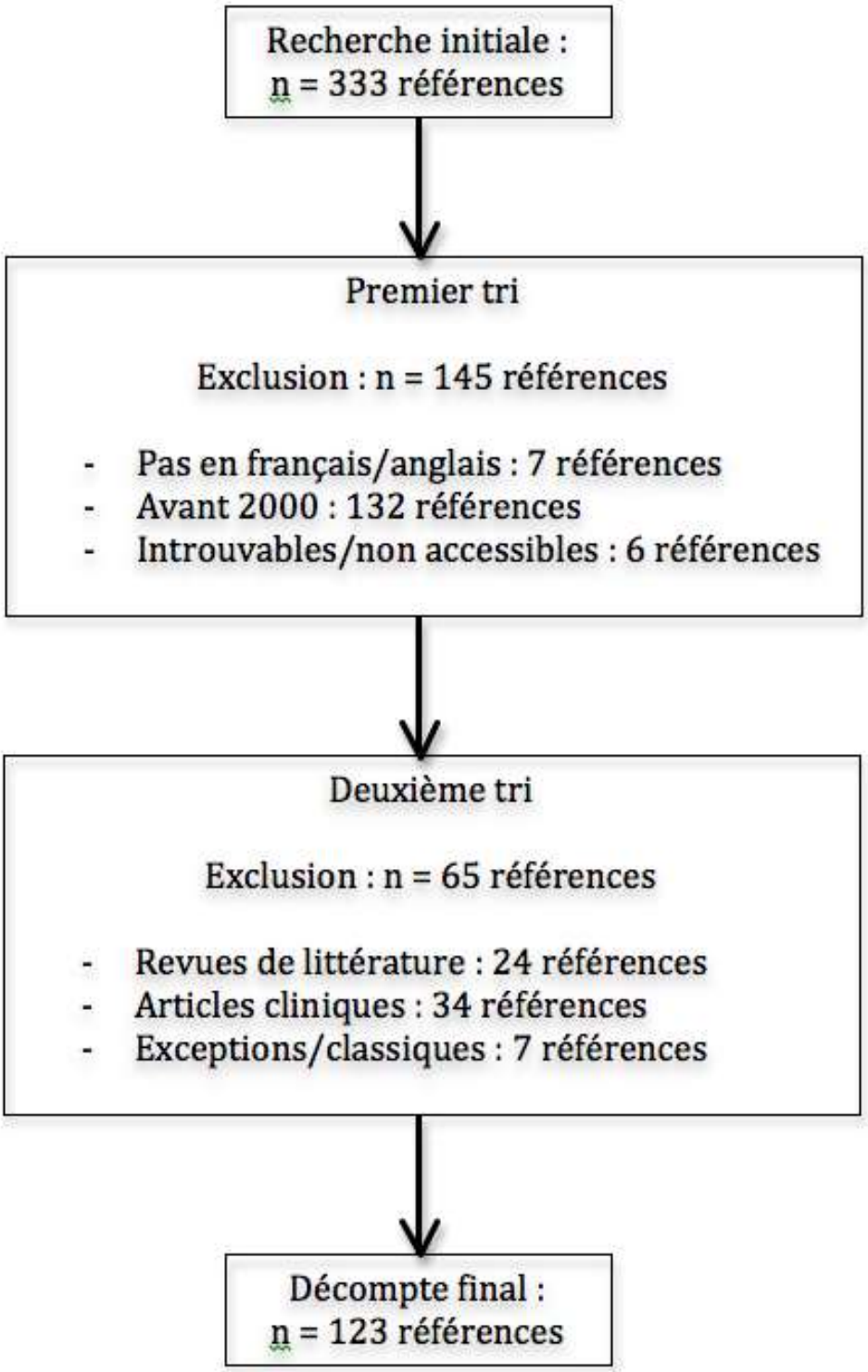
Tableau 2 : Entêtes du tableau récapitulatif

#	Référence (nom, année, pays)	But de l'étude	Type d'étude	Échantillon	Variables	Métho	Résultats (descriptifs et significatifs)
1	…	…	…	…	…	…	…

Tableau 3 : Détails des études sélectionnées

N=123 études sélectionnées	
Pays d'origine	- Afrique : 17 - Amérique du Sud : 6 - Europe : 41 - Amérique du Nord : 29 - Océanie : 8 - Asie : 22
Types d'études et méthodologies	- Qualitatives: 19 o Entrevues : 17 (semi-structurées : 9 / structurées : 2 / non précisées : 6) o Groupes de discussion : 1 o Entrevues + groupes de discussion : 1 - Quantatiatives : 96 o Études de cohorte : 16 o Études corrélationnelles : 4 o Études transversales (« cross-sectional ») : 23 o Modèle chronologique interrompu (« interrupted time-series ») : 1 o Essais randomisés contrôlés (« RCT ») : 2 o Méthode cas témoins (« case control ») : 1 o Étude comparative avec lien causal (« causal-comparative ») : 1 o Étude transversale et cas témoins (« cross-sectional case control »): 1 o Non précisé : 47 - Exceptions : 8 o Études mixtes (quantitatif et qualitatif) : 5 o Études qualitative + étude quantitative : 2 o Étude semi-qualitative : 1
Questionnaires utilisés	- Développement de questionnaires pour l'étude (majorité : validation de contenu avec experts et/ou pré-test et/ou étude-pilote) : 28 - Un ou plusieurs questionnaire(s) déjà existant(s) et validé(s) : 28 o *Female Sexual Function Index* (*FSFI*) : 21 o *Edinburg Postnatal Depression Scale* : 10 o *Dyadic Adjustment Scale* (*DAS*) (original ou modifié) : 6 o *Pregnancy and Sexuality Questionnaire* (original ou modifié) : 4 o *Sexual Desire Inventory* : 3 o *Marital Adjustment Test* : 3 - Questionnaire(s) maison + questionnaire(s) déjà validé(s) : 21 - Non précisé : 18
Échantillons recrutés	- Femmes pendant la grossesse : 40 - Femmes en postnatal : 40 - Hommes pendant la grossesse : 1 - Hommes en postnatal : 10 - Couples en postnatal : 12 - Femmes pendant la grossesse + en postnatal : 7 - Hommes pendant la grossesse + en postnatal : 2 - Couples pendant la grossesse + en postnatal : 3 - Exceptions (célibataires, femmes pendant accouchement, co-parent, professionnels de la santé) : 8

Figure 1 : Décompte des études



Journal de Gynécologie Obstétrique <jgobr.hf@bct.aphp.fr> 5 août 2015 17:38
À : Catherine de Pierrepont
JGYN - Submission Confirmation

ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction
Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité - Partie 2
Ms. Catherine de Pierrepont

Dear Ms. Catherine de Pierrepont,

Your submission entitled "Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité - Partie 2" has been received by Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction

You may check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System as an author, using your Username and Password. The URL is http://ees.elsevier.com/jgyn/.

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to this journal.

Kind regards,

Elsevier Editorial System
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction

---
TECHNICAL TIPS:
1) Please ensure that your e-mail server allows receipt of e-mails from the domain "elsevier.com", otherwise you may not receive vital e-mails.
2) We would strongly advise that you download the latest version of Acrobat Reader, which is available free at: http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html
3) To allow some windows of Elsevier Editorial System, you need to activate the "pop up". Please check the configuration of your browser Internet, and which of any extra tool bar as "Yahoo! Bar" or "Google bar". For these tool bars, please ensure that the control of the pop up is not activated.
4) For first-time users of Elsevier Editorial System, detailed instructions and a 'Tutorial for Reviewers' are available at: http://ees.elsevier.com/jgyn/.

****

ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction
Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité - Partie 2
Ms. Catherine de Pierrepont

Cher(e) Ms. Catherine de Pierrepont,

Nous avons bien reçu votre article intitulé :
"Que savons-nous sur la sexualité périnatale? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité - Partie 2"

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction et nous vous ferons parvenir son avis dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre manuscrit en vous connectant en tant qu'auteur sur le site d'EES à l'adresse http://ees.elsevier.com/jgyn/.

En vous remerciant de votre confiance, et de l'intérêt que vous portez à la revue.

Bien cordialement,

La Rédaction
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction

---
IMPORTANT:
1) Merci de vous assurer que votre serveur de mail ne vous interdit pas la réception de courriers électroniques envoyés par « elsevier.com », vous pourriez ne pas recevoir certains courriers importants.
2) Il vous est fortement recommandé d'avoir la dernière version d'Acrobat Reader, qui est disponible gratuitement sur : http://www.adobe.fr/products/acrobat/readstep2.html.
3) Pour accéder à certaines pages importantes du site, il faut activer les « pop up ». Veillez bien à vérifier la configuration de votre navigateur Internet, et celle des barres de navigation telles que « Yahoo ! Tool bar », ou « Barre d'outils Google », et à desactiver le blocage des « pop up » sur le site de la revue. Cela ne vous expose à aucun risque.
4) Pour une première utilisation du système éditorial Elsevier (EES), un mode d'emploi et un guide sont disponibles sur la page d'accueil du site : http://ees.elsevier.com/jgyn/.

Partie 2

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

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

Titre courant :
Examen de la portée sur la sexualité périnatale – Partie 2

Auteures et coordonnées :
Catherine de Pierrepont [1], Viola Polomeno [2], Louise Bouchard [3], et Elke Reissing [4]

- [1] Catherine de Pierrepont, Sexologue (B.A. & M.A., Profil Recherche et Intervention), Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
- [2] Viola Polomeno, Inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa
- [3] Louise Bouchard, Ph.D., Professeure titulaire, Département de Sociologie et Institut de recherche sur la santé des Populations, Université d'Ottawa
- [4] Elke Reissing, Ph.D., C. Psych., Professeure titulaire, École de Psychologie, Université d'Ottawa

Auteure de correspondance :
Catherine de Pierrepont, Sexologue (B.A. & M.A., Profil Recherche et Intervention), Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

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 le portrait de la sexopérinatalité avec 123 articles empiriques des 15 dernières années. 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 intra et postnatale 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 3 à 6 mois postnataux et se poursuivant jusqu'à 12 mois et plus. La sexualité intrapartum 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 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.

Mots-clés :
sexualité périnatale, sexopérinatalité, transition à la parentalité, couples parentaux, postpartum

Abstract :
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 intrapartal 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.

Keywords :
perinatal sexuality, sexoperinatality, transition to parenthood, parenting couples, postpartum

1. 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 multidimentionnelles vécues par les futurs et nouveaux parents, leur demandant alors une adaptation et des ajustements majeurs dans le domaine intime et sexuel [1,2,3,4,5,6,7,8,9]. 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.

2. Résultats

2.1. Sexualité lors du travail et de l'accouchement

2.1.1. 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 prognostic d'accouchement plus positif : elles sont plus souvent admises à l'hôpital durant la phase active du travail, ont une phase active et un 2e 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 prostanglandines 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.

2.1.2. 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, certains 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.

2.1.3. 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 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 des répercussions négatives et importantes 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 a été exprimés par plusieurs.

2.2. Sexualité postnatale

2.2.1. 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 [15,16,17,18] ; 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 [18,19,20,21,22,23]. 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 lacérations 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. Les déchirures sont souvent associées à une incontinence urinaire, fécale ou aux deux en période postnatale. Les déchirures et/ou lacérations affectent négativement la sexualité, particulièrement celles du sphincter anal, ralentissant entre autres la reprise et la fréquence des activités sexuelles et causant plus de plus problèmes sexuels et d'incontinence [24,26,27,28]. L'équipe de Mous et al. [27] a même rapporté une association entre les lacérations 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.

2.2.2. 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 considérations en matière de sexualité postnatale sur un possible total de 19. À quatre mois postnatal, les principales inquiétudes sont semblables entre les hommes et les femmes et concernent le retour au coït, le besoin de contraception, la récupération physique suite à l'accouchement et l'allaitement. Toutefois, à 12 mois postnatal, les considérations diffèrent entre les sexes : les deux partagent des inquiétudes envers l'image corporelle de la femme et la discordance des désirs sexuels dans le couple, mais 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 persistent chez le 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.

2.2.3. 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 inférieur aux taux d'avant la grossesse.

2.2.4. Facteurs psychologiques

Un des facteurs psychologiques affectant la sexualité postnatale est sans aucun doute l'endossement du nouveau rôle psycho-sexuel de parent. Bien que la plupart soient heureux et fiers de devenir parents [33,34,35], la vie réelle de tous les jours a changé et cela affecte inconstestablement la sexualité des nouveaux parents [30,33,34,35,36,37] 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 psycho-sexuel 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% [40,41,42,43], 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'inquiètant 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].

2.2.5. Relation de couple

L'arrivée de bébé a des effets variables sur les couples. Selon Ahlborg et Strandmark [33], deux scénarios sont possibles : 1) 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 ; ou 2) 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 [38,48,49,50] sont les deux 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 et qui favorisent 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 [35,36,37,53]. 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.

2.2.6. Infidélité

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

2.2.7. 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.

2.2.8. 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

[32,37,47,51,57,60,61,62]. 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].

2.2.9. 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.

2.2.10. 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].

2.2.11. 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].

2.2.12. 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 [16,18,23,25,28,29,31,32,41,42,43,49,51,52,58,64,66,68,
69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81]. 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'atttente 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 lacération ou un 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..

2.2.13. 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 de une ou deux fois par mois. Pour leur part, Dixon et al. [47] ont rapporté que le 2/3 des femmes ont cinq épisodes ou moins de coït par mois à huit mois postnatal.

2.2.14. 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 suivants 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 moins 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.

2.2.15. 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.

2.2.16. 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].

2.2.17. 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 ont une amélioration et de l'autre, certains couples ont noté une détérioration, avec au milieu une stabilité pour certains couples [25,36,47,69].

2.2.18. Fonction sexuelle

Comme dans le cas de la grossesse, la fonction sexuelle féminine a majoritairement été mesurée grâce au *FSFI (Female Sexual Function Index)*. 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].

2.2.19. Problèmes et dysfonctions d'ordre sexuel

Bien que l'étude de Witting et al. [86] auprès de 2 081 individus aient 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 suivants 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% ; reserrement 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 quantative 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.

2.2.20. 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].

2.2.21. Autres

Woolhouse et al. [37] ont identifié plusieurs femmes ayant dit que le rôle de femmes n'était pas séduisant ou attirant 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].

2.3. Sexualité et allaitement

2.3.1. 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-Foucault [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.

2.3.2. Expériences sensuelles et érotiques

Seule l'étude d'Avery et al. [60] a soulevé que l'excitation sexuelle chez les femmes pendant l'allaitement était plus fréquente pour 16,7%, était rarement présente pour 23,7% et n'était jamais présente pour 59,4%.

2.3.3. Rôles et conflit de rôles avec les seins

Pour certaines femmes, mais aussi pour certains partenaires, il est difficile de conciler 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.

2.3.4. 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.

3. Discussion

3.1. 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 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 socio-culturels. 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 important ralentissement de l'expression sexuelle générale 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 postnataux 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 typique faite par les professionnels de la santé. 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'accouchemnent, 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 grands 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 périnatale 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 sont 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, pouvant diminuer le sentiment de désirabilité de ces dernières, est aussi un obstacle possible à la sexualité, les femmes faisant face à un corps changé qu'il faut redécouvrir et sur lequel il faut reprendre un certain contrôle.

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 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-socio-sexuel, celui de parent, rôle qui vient s'ajouter à 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.

3.2. Forces et limites

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

3.3. 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. 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 travers 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 peut 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, doivent être sensibilisés et formés le plus rapidement en matière de sexopérinatalité pour pouvoir mieux répondre aux besoins de leurs clients. Les compétences pour identifier les couples plus à risque et plus vunérables à la rupture et/ou à la séparation, notamment à cause des fluctuations intimes et sexuelles vécues

affectant négativement la relation de couple et par le fait même la stabilité de la famille, doivent aussi être développées. Les professionnels de la santé doivent aussi avoir l'occasion de mettre en pratique leur 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'emphase sur le coït 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'emphase 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 socio-économiques, 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, qui sont très peu documentées en matière de sexualité.

4. Conclusion

La sexualité pendant le travail et l'accouchement, la sexualité posnatale 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 [1,4,8,9,59,68,80,89,90,91,92], 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].

Conflit d'intérêt :
aucun

Remerciements aux organsimes subventionnaires pour cette recherche :
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 périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. Gynecol Obstet Fert 2014;42(7-8):507-514.
[2] Polomeno V. Family health promotion from the couple's perspective, Part 1 : Documenting the need. Int J Childbirth Educ 1999;14(1):8-12.
[3] Polomeno V. Sex and pregnancy: A perinatal educators' guide. J Perinat Educ 2000;9(4):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(1):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(3):21-29.
[6] Polomeno V. Let's talk about sex : An evolving research program in perinatal sexuality. Int J Res Nurs 2010;1(2):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(1):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(8):2782-2790.
[9] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. J Psychosom Res 1999;47(1):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(1):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(13):1305-1308.
[12] Harel D. Sexual experiences of women during childbirth [thèse]. Etats-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(1):28-35.
[14] White G. You cope by breaking down in private : Fathers and PTSD following childbirth. Br J Midwifery 2007;15(1):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(4):401-406.
[16] Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy andchildbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. ISRN Obstet Gynecol 2011;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(4):313-320.
[18] Woranitat W, Taneepanichskul S. Sexual function during the postpartum period. J Med Assoc Thailand 2007;90(9):1744-1748.
[19] Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Cesarean section and postnatal sexual health. Birth 2005;32(4):306-311.
[20] Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Ozcakir HT, Kizilkaya S, Caglar H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. Int J Gynaecol Obstet 2005;88(3):276-280.
[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(4):765-770.

[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(8):1227-1231.
[23] Wang HY, Xu XY, Yao ZW, Zhou Q. Impact of delivery types on women's postpartum sexual health. Reproduction & Contraception 2003;14(4):237-242.
[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(5):1040-1044.
[25] Sauvestre-Foucault C. Sexualité du post-partum – Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels [thèse]. 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(8):914-918.
[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(2):234-238.
[28] Rogers RG, Borders N, Leeman LM, Albers LL. Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? J Midwifery Womens Health 2009;54(2):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(5):881-890.
[30] Salim NR, Araujo NM, Gualda DMR. Body and sexuality: Puerperas' experiences. Rev Lat Am Enfermagem 2010;18(4):732-739.
[31] Pastore L, Owens A, Colleen L. Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one US academic hospital. J Sex Med 2007;4(1):115-123.
[32] Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. Aust Nz J Obstet Gyn 2006;46(4):282-287.
[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(4):318-325.
[34] Cronin C. First-time mothers – Identifying their needs, perceptions and experiences. J Clin Nurs 2003;12(2):260-267.
[35] Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. BMC Pregnancy Childbirth 2008;8(30):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. 137-158.
[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(4):185-190.
[38] Condon JT, Boyce P, Corkindale J. The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. Aust Nz J Psychiat 2004;38(1-2):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(4):381-387.
[40] Choi P, Henshaw C, Baker S, Tree J. Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. J Reprod Infant Psyc 2005;23(2):167-180.

[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(12):3946-3956.
[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(3):792-799.
[43] Morof D, Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Postnatal depression and sexual health after childbirth. Obstet Gynecol 2003;102(6):1318-1325.
[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(6):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(1):44-49.
[46] de Montigny F, Lacharité C. Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. JOGNN 2004;33(3):328-339.
[47] Dixon M, Booth N, Powell R. Sex and relationships following childbirth : A first report from general practice of 131 couples. Brit J Gen Pract 2000;50(452):223-224.
[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(3):601-619.
[49] De Judicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. J Sex Res 2002;39(2):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(1):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(2):167-174.
[52] Knauth DG. Predictors of parental sense of comptence for the couple during the transition to parenthood. Res Nurs Health 2000;23(6):496-509.
[53] Ahlborg T, Strandmark M, Dahlöf LG. First-time parents' sexual relationships. Scandinavian Journal of Sexology 2000;3(4):127-139.
[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. Texto & Contexto - Enfermagem 2006;15(4):601-609.
[55] Ali MM, Cleland JG. The link between postnatal abstinence and extramarital sex in Côte d'Ivoire. Stud Fam Plann 2001;32(3):214-219.
[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(1):51-63.
[57] Mickelson KD, Joseph JA. Postpartum body satisfaction and intimacy in first-time parents. Sex Roles 2012;67(5-6):300-310.
[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(8):1915-1922.
[59] MacAdam R, Huuva E, Berterö C. Fathers' experiences after having a child : Sexuality becomes tailored according to circumstances. Midwifery 2011;27(2011):e149-e155.
[60] Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. J Midwifery Womens Health 2000;45(3):227-237.

[61] Hansson M, Ahlborg T. Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents – A longitudinal study. Sex Reprod Healthc 2012;3(2012):21-29.
[62] Von Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: Results from the Sexual Preferences Questionnaire. J Psychosom Obst Gyn 2001;22(1):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(9):2330-2341.
[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(8):1988-1999.
[65] Makki M, Yazdi N. Sexual dysfunction during primiparous and multiparous women following vaginal delivery. Tanzan J Health Res 2012;14(4):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(12):2640-2649.
[67] Von Sydow K. Sexual enjoyment and orgasm postpartum : Sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience. J Psychosom Obst Gyn 2002;23(3):147-155.
[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(6):651-658.
[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(2):186-195.
[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(4):263-267.
[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(5):1343-1349.
[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(4):785-792.
[73] McDonald EA, Brown SJ. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? BJOG 2013;120(7):823-830.
[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(suppl. 2):S341-S355.
[75] Odar E, Wandabwa J, Kiondo P. Sexual practices of women within six months of childbirth in Mulago hospital, Uganda. Afr Health Sci 2003;3(3):117-123.
[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(2):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(42):1-6.
[78] Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. Can Fam Physician 2005;51(10):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(6):1645-1667.

[80] Williamson M, McVeigh C, Baafi M. An Australian perspective of fatherhood and sexuality. Midwifery 2008;24(1):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(1):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(25):155-163.
[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(2):126-130.
[84] Oboro VO, Tabowei TO. Sexual function after childbirth in Nigerian women. Int J Gynaecol Obstet 2002;78(3):249-250.
[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(1):155-163.
[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(2):89-106.
[87] Cappell JP. A biopsychosocial approach to persistent postpartum pain and postpartum sexual function [thèse]. Kingston, Canada ; Queen University; 2014.
[88] Ahn Y, Sohn M, Yoo E. Breat functions perceived by Korean mothers : Infant nutrition and female sexuality. West J Nurs Res 2010;32(2):363-378.
[89] Allen L, Fountain L. Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes. J Perinat Educ 2007;16(1):32-36.
[90] Bitzer J, Alder J. Sexuality during pregnancy and the postpartum period. J Sex Educ Ther 2000;25(1):49-58.
[91] Foux R. Sex education in pregnancy: does it exist? A literature review. Sex Relation Ther 2008;23(3):271-277.
[92] Polomeno V, Dubeau D. La sexopérinatalité : où en sommes-nous ? Infirmière Clinicienne 2009;6:20-24.

Chapitre 5 : Article 2

Redaction de GYOBFE <redaction-gof@orange.fr> 5 août 2015 16:36
À : Catherine de Pierrepont
Confirmation de reception de votre article L'experience sexoperinatale de 67 couples parentaux franco-ontariens ; Resultats quantitatifs d'une enquete exploratoire

Cher(e) Ms. de Pierrepont,

Nous avons bien reçu votre article intitulé "L'experience sexoperinatale de 67 couples parentaux franco-ontariens ; Resultats quantitatifs d'une enquete exploratoire".

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction de la revue Gynécologie Obstétrique & Fertilité et nous vous ferons parvenir son avis dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre manuscrit en vous connectant en tant qu'auteur sur le site d'EES à l'adresse suivante http://ees.elsevier.com/gyobfe/.

En vous remerciant de votre confiance,

Avec nos sentiments les meilleurs,

La Rédaction
Gynécologie Obstétrique & Fertilité

Titre :
L'expérience sexopérinatale de 67 couples parentaux franco-ontariens ; Résultats quantitatifs d'une enquête exploratoire

Title :
The sexoperinatal experience of 67 franco-ontarians parenting couples; Quantitative results of an exploratory study

Auteures et coordonnées :
Catherine de Pierrepont [1], Viola Polomeno [2], Louise Bouchard [3], et Elke Reissing [4]

- [1] Catherine de Pierrepont, Sexologue (B.A. & M.A., Profil Recherche et Intervention), Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
- [2] Viola Polomeno, Inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa
- [3] Louise Bouchard, Ph.D., Professeure titulaire, Département de Sociologie et Institut de recherche sur la santé des Populations, Université d'Ottawa
- [4] Elke Reissing, Ph.D., C. Psych., Professeure titulaire, École de Psychologie, Université d'Ottawa

Auteure de correspondance :
Catherine de Pierrepont, Sexologue (B.A. & M.A., Profil Recherche et Intervention), Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Résumé :
Afin de contribuer au portrait sexopérinatal émergent d'ordre canadien et international, cet article présente les résultats quantitatifs d'une étude portant sur le vécu intime et sexuel pendant et après la grossesse de 67 couples parentaux franco-ontariens. Lors de leur transition à la parentalité, ces couples restent heureux et satisfaits de leur relation de couple. Toutefois, plusieurs composantes sexuelles (dont la fonction sexuelle générale et la qualité de la relation intime) se détériorent au fil de la grossesse, avec un déclin prononcé en fin de grossesse et après l'accouchement pouvant s'étirer jusqu'à plus de six mois postnataux. C'est notamment le cas de la fonction sexuelle moyenne des femmes qui devient dysfonctionnelle en postnatal et plus particulièrement, la douleur qui est significativement plus présente après l'accouchement, affectant négativement les activités sexuelles. Chez les hommes, les capacités d'excitation, d'érection et de satisfaction sont significativement plus affectées en postnatal et la présence de problèmes sexuels est plus importante lors de cette période. Ces fluctuations sexopérinatales affectent donc à la fois les hommes et les femmes et une multitude de facteurs physiques et psychologiques simultanés (fatigue, manque de sommeil, inconfort, douleur, allaitement, présence de lacérations/déchirures suite à l'accouchement) influencent à différents degrés l'expression sexuelle des couples. La sexualité périnatale est donc un aspect vulnérable lors de transition à la parentalité qui mériterait plus d'attention en recherche et en pratique.

Mots-clés :
sexualité périnatale, transition à la parentalité, couples parentaux, périnatalité, expérience sexopérinatale

Abstract:
This article, which presents the quantitative results of a study on the intimate and sexual experience of 67 Franco-Ontarian parenting couples during pregnancy and in the postpartum period, contributes to the emerging sexoperinatal portrait in Canada and elsehwere in the world. The couples in this study are happy and satisfied with their relationship during the transition to parenthood. However, several sexual components (including the general sexual function and the quality of the intimate relationship) will deteriorate during pregnancy, with a sharp decline in late pregnancy and after childbirth, and continue beyond six postnatal months. The average sexual function of women becomes dysfunctional in the postnatal period; any pain that is significantly present after childbirth reduces their sexual activities. Men's capacities for excitement, erection and satisfaction are significantly affected postnatally, and the presence of sexual problems is more important during this period. These sexoperinatal fluctuations affect both men and women. Numerous simultaneous physical and psychological factors such as fatigue, lack of sleep, discomfort, pain, breastfeeding, and lacerations/tears following childbirth influence to different degrees how couples express their sexuality. Therefore, perinatal sexuality is a vulnerable dimension in the transition to parenthood that deserves more attention in both research and practice.

Keywords:
perinatal sexuality, transition to parenthood, parenting couples, perinatal health, sexoperinatal experience

1. Introduction

La sexualité est une composante centrale de la santé humaine globale [1-5]. Lors de la transition à la parentalité, cette dernière est ébranlée, ce qui demande aux futurs et nouveaux parents de s'adapter pour favoriser leur couple et leur famille. Toutefois, même si les besoins sexuels sont criants lors de cette transition, peu d'attention leur est portée en recherche et en pratique.

Afin de contribuer au développement du portrait sexopérinatal canadien, un échantillon de couples parentaux franco-ontariens a été étudié d'une manière quantitative en matière d'intimité et de sexualité pendant et après la grossesse.

2. Contexte et problématique

La transition à la parentalité est circonscrite dans le temps entre la décision d'avoir un enfant ou le moment de la conception jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de deux ans [6]. Cette transition constitue une période de bouleversements multidimensionnels (biologique, psychologique, émotionnel, social et sexuel) et simultanés pour les futurs et nouveaux parents, surtout lors du premier enfant [7-10]. Cette période de transition exige une adaptation et des ajustements temporaires, et, plus particulièrement, c'est l'aspect intime et sexuel du couple qui est le plus affecté et le plus vulnérable [6,9,11-13].

Des recherches sur la sexopérinatalité [7,8,10,13-19] rapportent que les expériences sont variées et uniques en fonction des couples, mais une tendance générale est observable : il y a une baisse progressive de l'expression sexuelle pendant la grossesse et lors de la période postnatale, avec un déclin prononcé au 3^{e} trimestre de la grossesse et dans les premiers mois suivant l'accouchement, puis reprise graduelle à partir du 6^{e} mois postpartum, sans revenir au niveau d'avant-grossesse pour la première année postnatale. Les femmes sont

particulièrement affectées par ces fluctuations, mais les hommes n'y échappent pas [10,14,17]. Dans ce contexte de changements, une majorité de couples ont besoin d'être informés, soutenus et rassurés par les professionnels de santé par rapport à la sexualité périnatale ; toutefois, la sexualité est rarement abordée ou même omise dans les consultations professionnelles pendant et après la grossesse, que ce soit à cause des réticences des professionnels ou de celles des patients [7,8,13,15,17,18,20].

Il existe peu d'études sur la sexualité périnatale en général et encore moins au Canada [7,8,11,14,21-25]. Pourtant, l'enquête nationale de l'Agence de la Santé Publique du Canada en 2009 [20] auprès des 6 421 femmes canadiennes sur leur expérience de la maternité a souligné que les « changements des réactions ou émotions sexuelles » (p. 199) constituent un sujet sur lequel les femmes reçoivent le moins d'attention en période post-partum. Cette même enquête a aussi souligné que les femmes canadiennes interrogées « semblaient bien moins informées sur des questions ayant trait à la transition au rôle de parent (p. ex., changements d'ordre sexuel, exigences physiques, effets sur la relation avec le mari ou le conjoint) » (p. 202) [20]. S'intéresser à une population de couples parentaux canadiens permettra donc d'enrichir les études dans le domaine sexopérinatal ; leurs besoins sont largement sous-étudiés, voire inconnus.

Plus particulièrement, s'intéresser aux couples parentaux francos-ontariens de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario permettra de faire une incursion et une avancée réelle en recherche canadienne dans le domaine sexopérinatal auprès d'une population dite unique en matière de santé et largement sous-étudiée, notamment en matière de sexopérinatalité. Dans ce domaine, aucune recherche n'est, à ce jour, existante chez les couples parentaux franco-ontariens, tout comme en matière de santé sexuelle en général, sauf celle de Moreau et al. (2013) [24] qui comprend une composante mineure sur l'intimité et la

sexualité chez les couples parentaux francophones donnant naissance dans un hôpital d'Ottawa. Très peu est donc connu sur la sexualité de cette population et encore moins en matière de sexopérinatalité. S'attarder à celle-ci permettra de développer un nouveau morceau du portrait sexopérinatal canadien, contribuant directement au portrait sexopérinatal international, et permettra aussi parallèlement l'élaboration du portrait émergent de santé périnatale des francophones au Canada, portrait entamé par les études de Moreau et al. (2013) [24] ainsi que de Lacaze-Masmonteil et al. (2013) [26].

Cet article présente une étude exploratoire permettant d'obtenir un premier portrait descriptif et quantitatif de l'expérience sexopérinatale de cette population unique en répondant à la question de recherche suivante : Quel est le vécu des couples parentaux franco-ontariens d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario au plan de la sexualité périnatale ? Considérant l'absence de recherches quantitatives sur le sujet auprès de la population visée ainsi que le devis exploratoire de cette étude, aucune hypothèse n'a été formulée à priori.

3. Méthodologie

3.1. Type d'étude et procédure

Les données quantitatives rapportées ici proviennent d'une plus grande étude de cas descriptive et exploratoire [27-29] ayant utilisé des méthodes mixtes [30-32]. L'étude concerne 67 couples (soit 134 participants) parentaux franco-ontariens de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Les critères d'inclusion étaient les suivants : habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario ; être âgé de 18 ans et plus ; couple hétérosexuel ; premier enfant du couple ; couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse ; bébé âgé entre six et douze mois ; grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme ; couple s'identifiant comme francophone; et avoir accès à Internet. Le critère de francophone a été cerné en fonction de leur langue maternelle (première langue apprise à la maison dans

l'enfance et encore comprise) ou de la première langue officielle parlée (PLOP) [24,26,33-35].

Le recrutement s'est effectué sur une période de dix mois, soit de novembre 2013 à août 2014, et 702 sources d'aide au recrutement ont été contactées ; 368 (52,4%) ont accepté de collaborer. Des affiches et des dépliants de promotion et de recrutement pour l'étude ont été distribuées auprès de ressources communautaires en lien avec la périnatalité et la francophonie (associations, organismes), de ressources de santé (communautaires, médicales et hospitalières), de ressources reliées aux médias traditionnels (radio, télévision, journaux) et de ressources reliées aux médias sociaux (pages Facebook, liste de diffusion de courriels, sites internet). Un kiosque de recrutement a aussi été présent au Baby-Show d'Ottawa et des dépliants ont également été distribués directement aux parents concernés par une unité de Santé Publique de la région.

Ce projet a été soumis et accepté par trois différents comités d'éthique consécutifs : le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) – Sciences et science de la santé d'une université; le Comité d'éthique de la recherche d'un hôpital d'Ottawa ; et le Comité d'éthique d'une unité de santé publique ontarienne.

3.2. Instruments et analyses

Tous les participants ont complété un questionnaire en ligne sur Fluid Surveys (chaque membre du couple a reçu son propre hyperlien), d'une durée de complétion d'environ 60 minutes. Les six sections du questionnaire sont détaillées dans le Tableau 1 ; pour chaque section, l'origine, le nombre d'items, la variable mesurée et les propriétés psychométriques sont rapportés dans ce même tableau [36-41]. Afin de décrire le vécu sexopérinatal, deux échelles et deux index fiables et validés ont été utilisés (versions françaises) : l'Échelle d'Ajustement Dyadique (AD), l'Échelle de Relation Intime (ERI), le

Female Sexual Function Index (FSFI) et le Brief Male Sexual Function Index (BMSFI). Des analyses descriptives, bivariées et inférentielles (test t pairé et avec groupes indépendants, ANOVA, MANOVA) ont été effectuées sur les données de ces questionnaires avec SPSS, version 20. Pour atteindre une puissance statistique avec probabilité de 80% (0.8), effet moyen de 0.5 et un seuil de 0.05, le test qui nécessitait le plus de participants, soit la MANOVA, demandait 116 participants au minimum ; avec un échantillon de 67 couples recrutés, soit 134 participants, la cible a été atteinte. Mis à part une puissance de 0.52, toutes les autres puissances rapportées dans cet article varient entre 0.98 et 1, ce qui est excellent selon les écrits de Cohen (1988) [42].

De plus, un questionnaire spécifiquement développé pour l'étude (« Sondage sur l'expérience sexopérinatale pendant et après la grossesse »), qui a subi une validation de contenu avec huit spécialistes ainsi qu'un pré-test avec trois couples, a permis de faire des analyses descriptives sur 42 autres variables sexopérinatales chez les femmes et 45 variables chez les hommes, permettant ainsi de compléter le portrait sexopérinatal des couples interrogés.

4. Résultats

Pour le reste de cet article, le terme prénatal sera remplacé par « pré » et le terme postnatal sera remplacé par « post ». De plus, l'abréviation « F » annonce les données des femmes et « H », celles des hommes. L'abréviation « ÉT » correspond à l'écart type.

4.1. Profil sociodémographique

Le Tableau 2 fait la récapitulation du profil sociodémographique des 134 participants (67 couples) de cette étude. Ottawa est la ville de résidence pour 62,6% des participants ; 37,4% habitent dans 11 autres villes de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Tous les

participants cohabitent avec leur partenaire depuis deux à douze ans, avec une moyenne de 4,9 ans (ÉT=2,46).

4.2. Portrait périnatal

Le Tableau 3 présente les principales données du portrait périnatal des participants. Les grossesses ont duré en moyenne 39 semaines et quatre jours (ÉT=1,10). Chez les femmes qui ont accouché par voie vaginale (67,2%), le temps d'accouchement moyen est de 21,5 heures (ÉT=7,98). La durée moyenne du séjour à l'hôpital est de 2,4 jours (ÉT=0,93). L'âge moyen du bébé lors de la complétion du questionnaire est de 8,3 mois (ÉT=2,15).

4.3. Échelles standardisées de sexopérinatalité

Dans le groupe de participants, le score total d'ajustement dyadique en fonction de l'AD en pré varie entre 85 et 151, avec une moyenne de 132,8 (ÉT=10,45) et le score total en post varie de 59 à 151, avec une moyenne de 119,9 (ÉT=17,96). Chez les femmes, plus particulièrement, le score total pré varie entre 109 et 151, avec une moyenne de 132,9 (ÉT=9,59) et le score post varie entre 59 et 151, avec une moyenne de 118,3 (ÉT=18,57). Chez les hommes, le score total pré varie entre 85 et 150, avec une moyenne de 132,7 (ÉT=11,32) et le score post varie de 74 à 149, avec une moyenne de 121,6 (ÉT=17,32). L'ajustement dyadique varie en fonction du temps ($F(1,132)=86.20$, $p<.001$, $P=1$, $TE=.40$) : le score en pré (M=132,78 ; ÉT=10,45) est significativement plus élevé que celui en post (M=119,93 ; ÉT=17,96). L'ajustement dyadique est donc meilleur en pré qu'en post chez les parents. Il faut toutefois signaler que dans tous les cas, les scores moyens restent supérieurs au seuil de 100 correspondant à une relation dyadique problématique et en détresse ainsi qu'à une pauvre satisfaction conjugale [36].

Pour ce qui est de la qualité de la relation intime selon l'ERI, le groupe en pré a obtenu des scores qui varient entre 2,2 et 4,13, avec une moyenne de 3,0 (ÉT=0,25) et en

post, les scores varient entre 1,73 et 3,3, avec une moyenne de 2,7 (ÉT=0,32). Chez les femmes, les scores en pré varient entre 2,2 et 4,13, avec une moyenne de 2,9 (ÉT=0,31), et en post, ils varient entre 1,73 et 3,33, avec une moyenne de 2,7 (ÉT=0,35). Chez les hommes, les scores en pré varient entre 2,53 et 3,4, avec une moyenne de 3,0 (ÉT=0,17), et les scores en post varient entre 2,07 et 3,33, avec une moyenne de 2,8 (ÉT=0,27). Des analyses bivariées ont souligné que le score de l'ERI dépend de l'interaction du sexe et du temps ($F(1,132)=4,12$, $p<.05$, $P=.52$, $TE=.03$). Les analyses post-hoc ont révélé qu'en pré, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes ($t(101.8)=.61$, $p=.55$, $P=1$, $d=.61$), mais qu'en post, il y a une différence significative entre les hommes et les femmes ($t(122.7)=2.66$, $p<.01$, $P=1$, $d=.46$) : l'ERI des femmes (M=2,66 ; ÉT=0,35) est significativement moins élevé (correspondant à une qualité moins bonne de la relation intime) que l'ERI des hommes (M=2,81 ; ÉT=0,27).

L'analyse de l'ERI en post a aussi soulevé que 42,5% du groupe (F=32,8% ; H=52,2%) ne craignaient pas du tout que leurs ébats amoureux ne réveillent le bébé, alors que 29,1% craignaient de le réveiller rarement (F=26,9% ; H=31,3%), 23,1% occasionnellement (F=32,8% ; H=13,4%), 3,7% la plupart du temps (F=6,0% ; H=1,5%) et 0,7% (F=1,5%) tout le temps. En outre, le nombre de semaines pour la reprise des rapports sexuels après l'accouchement varie entre deux et vingt-quatre semaines, avec une moyenne de 7,2 semaines (ÉT=3,46) ; plus spécifiquement, 17,2% des couples ont repris à six semaines et 26,1% ont repris à huit semaines. En regroupant les femmes ayant subi des lacérations/déchirures de 1er et 2^{e} degré, la moyenne de semaines pour la reprise des relations sexuelles était de 7,29 semaines ; pour celles ayant subi des lacérations/déchirures de 3^{e} et 4^{e} degré, le moyenne de reprise était de 8,11 semaines. Dans tous les cas, la reprise du coït a été jugée comme très satisfaisante pour 10,4% des participants (F=3,0% ; H=17,9%),

satisfaisante pour 36,6% (F=26,9 ; H=46,3%), relativement satisfaisante pour 29,9% (F=38,8% ; H=20,9%), insatisfaisante pour 20,1% (F=25,4% ; H=14,9%) et très insatisfaisante pour 3,0% (F=6,0%).

Les scores de fonction sexuelle féminine en fonction du FSFI en pré varient entre 14,2 et 36,0, avec une moyenne de 30,4 (ÉT=4,99) et les scores en post varient entre 7,80 et 34,8, avec une moyenne de 23,1 (ÉT=6,70). Le score du FSFI dépend du temps ($t(66)=9.85$, $p<.001$, $P=1$, $d=1.20$) : le score du FSFI en pré (M=30,38 ; ÉT=4,99) est significativement plus élevé que le FSFI en post (M=23,11 ; ÉT=6,70). La fonction sexuelle des femmes en pré est donc meilleure que celle en post. De plus, le score moyen des femmes en post seulement est sous le seuil significatif de 26,55, les résultats y étant inférieurs relevant de la dysfonction sexuelle [43] ; la fonction sexuelle moyenne des femmes en post, comparativement à celle en pré, est donc caractérisée par les dysfonctions sexuelles. Spécifiquement, 17,9% des femmes en pré ont rapporté avoir des dysfonctions, alors que 68,7% des femmes en post en ont rapporté. De plus, la sous-échelle de la douleur dépend du temps ($t(66)=8.65$, $p<.001$, $P=1$, $d=1.05$): le score en pré (M=13,10 ; ÉT=2,47) est significativement plus élevé que le score de la douleur du FSFI en post (M=9,40 ; ÉT=3,46). La douleur est donc plus présente en post qu'en pré.

Aussi, il y a corrélation modérée entre le score de la douleur FSFI en pré et le score de l'ERI en pré ($r=.38$, $p<.005$), le score de l'AD en pré ($r=.39$, $p<.005$) ainsi que le score de la douleur du FSFI en post ($r=.34$, $p<.01$). Il y a également une forte corrélation entre le score de la douleur FSFI en post et le score de l'ERI en post ($r=.53$, $p<.001$) ainsi qu'une moyenne corrélation avec le score de l'AD en post ($r=.39$, $p<.005$).

La fonction sexuelle masculine, quant à elle, évaluée avec le BMSFI, a permis l'obtention de scores sur chacune de ses sous-échelles. Sur l'échelle de désir/excitation, les

scores en pré varient de 3 à 8, avec une moyenne de 7,5 (ÉT=1,05), et les scores en post varient entre 2 et 8, avec une moyenne de 6,4 (ÉT=1,72). Sur l'échelle d'érection, les scores en pré varient entre 4 et 12, avec une moyenne de 11,7 (ÉT=1,12), et les scores en post varient entre 6 et 12, avec une moyenne de 10,6 (ÉT=1,90). Sur l'échelle d'éjaculation, tous les scores en pré sont de 8, et les scores en post varient de 6 à 8, avec une moyenne de 7,9 (ÉT=0,30). Sur l'échelle de problème, les scores en pré varient de 8 à 12, avec moyenne de 11,8 (ÉT=0.69), et les scores en post varient de 6 à 12, avec une moyenne de 10,7 (ÉT=1,73). Enfin, sur l'échelle de satisfaction, les scores en pré varient de 1 à 4, avec une moyenne de 3,3 (ÉT=0,77), et les scores en post varient de 0 à 4, avec une moyenne de 2,6 (ÉT=1,03).

Lors d'analyses bivariées, quatre des cinq sous-échelles du BMSFI ont varié avec le temps ; dans tous les cas, l'état de ces variables est plus positif en pré qu'en post pour les hommes. Pour l'excitation ($t(66)=5.71$, $p<.001$, $P=1$, $d=.70$), les scores en pré (M=7,48=; ÉT=1,05) sont significativement plus élevés que les scores en post (M=6,40; ÉT=1,72). Pour l'érection ($t(66)=4.16$, $p<.001$, $P=.98$, $d=.51$), les scores en pré (M=11,73; ÉT=1,12) sont significativement plus élevés que les scores en post (M=10,64; ÉT=1,90). Pour les problèmes ($t(66)=5.00$, $p<.001$, $P=1$, $d=.61$), les scores en pré sont significativement plus élevés (M=11,78; ÉT=0,69) que les scores en post (M=10,70; ÉT=1,73). Enfin, pour la satisfaction ($t(66)=5.35$, $p<.001$, $P=1$, $d=.65$), les scores en pré sont significativement plus élevés (M=3,25; ÉT=0,77) que ceux en post (M=2,64; ÉT=1,03).

4.4. Autres variables sexopérinatales

Grâce au sondage supplémentaire développé pour cette étude, il a été possible de décrire davantage le vécu sexopérinatal des couples recrutés. Pendant la grossesse, 97% du groupe (F=98,5% ; H=95,5%) pensent que les activités sexuelles peuvent continuer ; en période postnatale, c'est 91,8% qui pensent la même chose (F=88,1% ; H=95,5%). Pendant

la grossesse, 32,1% du groupe (F=32,8% ; H=31,3%) dit n'avoir aucune peur reliée à la sexualité. Toutefois, le restant des participants ont avoué avoir différentes peurs associées à la sexualité : 48,5% du groupe (F=53,7% ; H=43,3%) a peur de déclencher le travail, 46,3% du groupe (F=52,2% ; H=40,3%) a peur de faire une fausse-couche, 38,1% du groupe (F=32,8% ; H=43,3%) a peur de faire mal au bébé, 29,9% du groupe (F=43,3% ; H=16,4%) a peur de la rupture prématurée des membranes, et 22,4% du groupe (F=13,4% ; H=31,3%) a peur de la douleur.

En période postnatale, seulement 4,5% du groupe (F=7,5% ; H=1,5%) déclarent n'avoir aucune peur reliée à la sexualité, tandis que pour le restant de l'échantillon, les peurs sont aussi variées : 89,6% du groupe (F=86,6% ; H=92,5%) ont peur de la douleur, 61,2% du groupe (F=65,7% ; H=56,7%) a peur de déchirer les points de suture, 44,0% du groupe (F=43,3% ; H=44,8%) a peur de provoquer des saignements, 32,8% du groupe (F=50,7% ; H=14,9%) a peur de sacrifier des heures de sommeil au profit de la sexualité, 29,1% du groupe (F=40,3% ; H=17,9%) a peur de développer une infection, 29,1% du groupe (F=19,4% ; H=38,8%) a peur d'une nouvelle grossesse, et 27,6% du groupe (F=37,3% ; H=17,9%) a peur de perturber le sommeil de bébé.

En période prénatale, la satisfaction conjugale a augmenté pour 27,6% des participants (F=26,9% ; H=28,4%), a diminué pour 27,6% (F=40,3% ; H=14,9%) et n'a pas changé pour 44,8% (F=32,8% ; H=56,7%). En période postnatale, elle a augmenté pour 20,2% des participants (F=19,4% ; H=20,9%), a diminué pour 47,8% (F=53,7% ; H=41,8%) et n'a pas changé pour 31,3% (F=25,4% ; H=37,3%).

L'importance de la sexualité en pré, pour sa part, a augmenté pour 7,4% du groupe (F=10,5% ; H=4,5%), a diminué pour 44,0% (F=59,7% ; H=28,4%) et n'a pas changé pour 48,5% (F=29,9% ; H=67,2%). En post, l'importance de la sexualité a augmenté pour 4,5%

du groupe (F=3,0% ; H=6,0%), a diminué pour 73,9% (F=80,6% ; H=67,1%) et n'a pas changé pour 21,6% (F=16,4% ; H=26,9%).

En période prénatale, 25,4% des femmes se sont senties plus attirantes et désirables, tandis que 61,1% se sont senties moins attirantes et que 13,4% n'ont pas vu de changement. En postnatal, 74,7% des femmes se sont senties moins attirantes et 25,4% n'ont pas vu de changement.

Le Tableau 4 présente les différentes pratiques sexuelles qui ont été évaluées à quatre temps. De plus, l'utilisation de jouets sexuels pendant la grossesse a subi une augmentation chez 14,2% des participants, une diminution chez 29,1% et aucun changement chez 7,5% ; 49,3% des participants affirment que ce n'est pas une pratique régulière. L'utilisation de jouets sexuels après la grossesse, pour sa part, a subi une augmentation chez 2,2% des participants, une diminution chez 44,7% et aucun changement chez 4,5 %, tandis que pour 48,5% des participants, ce n'est pas une pratique régulière.

Adopter une position sexuelle confortable devient problématique pour une majorité de participants de six à neuf mois de grossesse : 45,5% ont affirmé avoir eu une grande difficulté et 47,8% une légère difficulté. Le même constat est aussi prévalent en post : 38,8% des participants ont eu une grande difficulté à trouver une position sexuelle confortable et 38,1% ont eu une légère difficulté. En outre, pendant la grossesse, les quatre positions sexuelles les plus fréquentes sont, par ordre décroissant d'importance : en cuillère (ventre à dos), hommes à genoux ou debout derrière femme, femme à quatre pattes (91,0%) ; face-à-face, les deux allongés, homme sur le dessus (85,8%) ; face-à-face, homme allongé ou assis, femme assise sur le dessus (85,8%) ; et côte-à-côte, en cuillère (ventre à dos), les deux allongés (84,3%). L'ordre des positions sexuelles en post est toutefois différent : face-à-face, homme allongé ou assis, femme assise sur le dessus (91,0%) ; en cuillère (ventre à dos),

homme à genoux ou debout derrière femme, femme à quatre pattes (76,9%) ; côte-à-côte, en cuillère (ventre à dos), les deux allongés (60,4%) ; et en cuillère (ventre à dos), hommes allongé ou assis, femme sur le dessus (52,2%).

Pendant la grossesse, 65,7% des femmes ont précisé avoir légèrement ou beaucoup plus de rêves érotiques. Pour ce qui est de l'infidélité, 4,5% des femmes et 9,0% des hommes ont pensé à être infidèles pendant la grossesse et 4,5% des femmes et 6,0% des hommes l'ont été. En période postnatale, le portrait est différent : 3,0% des femmes et 23,9% des hommes ont pensé à être infidèle alors que 0% des femmes et 11,9% des hommes l'ont été.

Dans un autre ordre d'idée, différents facteurs ont été évalués pour voir leur impact sur la sexualité. D'abord, 45,5% des participants ont eu des saignements après une activité sexuelle pendant la grossesse et pour 95,1% d'entre eux (F=100% ; H=90,1%), cela a négativement influencé la sexualité. De plus, le manque de sommeil a eu un impact négatif sur la sexualité pour 61,2% des femmes pendant la grossesse et pour 88,1% après la grossesse, comparativement à 4,5% des hommes en pré et 64,2% en post. Enfin, en période postnatale, 62,7% des participants ont affirmé avoir vécu un écoulement de lait lors d'une activité sexuelle et pour 16,7% d'entre eux (F=22,0% ; H=11,6%), cela a négativement influencé la sexualité.

Parmi les participants, 90,3% ont précisé avoir senti les mouvements du bébé pendant les relations sexuelles pendant la grossesse et 57,0% d'entre eux se sont sentis inconfortables dans cette situation. Toujours pendant la grossesse, 58,2% des femmes disent avoir vécu des douleurs abdominales (liées aux contractions utérines) après une activité sexuelle et 79,5% d'entre elles considèrent que cela a négativement influencé leur sexualité. D'autre part, parmi les 77,6% des femmes qui ont allaité après la grossesse, 69,2% d'entre elles considèrent que l'allaitement a négativement influencé leur sexualité alors que 30,0% de leur

partenaire considèrent la même chose. Quant aux méthodes contraceptives utilisées après la naissance, c'est majoritairement le condom qui a été utilisé (82,1%), suivi de la micro-pilule (47,8%).

Des questions supplémentaires et spécifiques aux hommes ont également été posées. Pendant la grossesse, 50,7% de ces derniers ont indiqué un changement dans le goût des sécrétions vaginales de leur partenaire lors du sexe oral et 91,2% d'entre eux sont restés indifférents face à ce changement. Différentes impressions masculines lors du coït pendant la grossesse ont aussi été questionnées : 6,0% des hommes avaient l'impression que bébé regardait leur pénis lors de la pénétration vaginale et 31,3% avaient l'impression qu'ils pouvaient toucher le bébé avec leur pénis. En période postnatale, 28,4% des hommes ont affirmé que le fait d'assister à l'accouchement a eu un impact négatif sur leur sexualité. Parmi ces 19 hommes qui ont noté cet impact négatif, des détails supplémentaires ont été analysés : 63,2% ont une conjointe qui a vécu une césarienne et 36,8% ont une conjointe qui a accouché par voie vaginale ; 21,1% ont une conjointe qui a eu des lacérations/déchirures de 1er ou 2^{e} degré, 15,8% de 3^{e} ou 4^{e} degré et 63,2% n'en n'ont pas eu ; 47,4% d'entre eux ont affirmé ne pas avoir envie d'assister à l'accouchement en pré ; et 63,2% d'entre eux se sont sentis obligés d'y assister. De plus, chez les hommes qui ont une conjointe qui a allaité au sein, 36,0% avaient la permission de toucher aux seins de la partenaire, 16,0% étaient excités sexuellement lors de l'allaitement, 14,0% se sont déjà masturbés lors de l'allaitement et 24,0% étaient excités de voir l'éjection de lait lors de l'orgasme de la partenaire.

4.5. Analyses inférentielles

Pour les analyses suivantes, la taille d'effet a été évaluée en fonction des recommandations de Cohen (1988) [42] : une taille d'effet (TE) de 0.2 correspond à un effet faible, une de 0.5 à un effet modéré et une de 0.8 à un effet fort.

L'effet de neuf variables indépendantes sur les scores obtenus sur les quatre échelles (AD, ERI, FSFI et BMSFI) a été évalué. Chez les femmes en post, les scores de l'AD, de l'ERI et du FSFI ne dépendent pas ni du type d'allaitement (FSFI: t(65)=.52, p=.61 ; ERI: t(65)=.28, p=.78 ; AD: t(65)=.38, p=.70), ni du type d'accouchement (FSFI: t(65)=.24, p=.82 ; ERI: t(65)=.59, p=.56 ; AD: t(65)=1.59, p=.12). De plus, les scores de l'ERI et de l'AD ne dépendent pas des lacérations/déchirures (ERI: t(132)=1.37, p=.17 ; AD: t(132)=.56, p=.58), mais le score du FSFI dépend de la présence de lacérations/déchirures (FSFI: t(65)=2.05, p<.05, P=1, d=2.05) : les femmes qui n'en n'ont pas eu ont un score FSFI plus élevé (M=24,73 ; ÉT=6,53) que les femmes qui en ont eu (M=21,45 ; ÉT=6,56). La fonction sexuelle des femmes qui n'ont pas eu de lacérations ou de déchirures est donc meilleure que celles qui en ont eu. Toujours chez les femmes en post, le score du FSFI dépend de la dépression (t(65)=3.10, p<.005, P=1, d=3.10) : les femmes n'ayant pas de dépression ont eu un score FSFI plus élevé, bien que quand même dysfonctionnel selon le seuil établi de cette échelle (M=23,99 ; ÉT=6,28), que les femmes qui ont eu une (M=16,63 ; ÉT=6,46). La fonction sexuelle est donc meilleure chez les femmes n'ayant pas vécu de dépression postpartum, même si dans les deux cas, les moyennes sont dans la zone de fonction sexuelle dysfonctionnelle.

En période postnatale chez les hommes, seule la sous-échelle d'excitation du BMSFI dépend de la présence d'une dépression (t(65)=2.02, p<.05, P=1, d=2.02) : les hommes n'ayant pas eu de dépression ont eu un score d'excitation plus élevé (donc plus positif) (M=6,51 ; ÉT=1,64) que les hommes ayant eu une dépression (M=4,75 ; ÉT=1,64). La capacité d'excitation est donc plus grande en l'absence de dépression.

Les femmes se sentent plus attirantes et désirables en pré (M=4,03 ; ÉT=1,17) que les femmes en post (M=4,32 ; ÉT=0,89) (t(66)=4.14, p<.001). De plus, les femmes ont des

orgasmes plus intenses en pré (M=4,20 ; ÉT=1,19) qu'en post (M=4,40 ; ÉT=0,87) (t(66)=2.79, p<.01). Enfin, les femmes ont davantage de rêves érotiques en pré (M=3,77 ; ÉT=1,55) qu'en post (M=4,50 ; ÉT=1,01) (t(66)=7.33, p<.001).

La fréquence du coït dépend du temps (F(3,128)=33.18, p<.001, P=1, TE=.44) : la plus grande diminution est vécue en post (M=3,73 ; ÉT=0,50), puis également à 0-3 mois de grossesse (M=3,42 ; ÉT=1,05) et à 6-9 mois (M=3,26 ; ÉT=0.97), la plus petite diminution étant vécue à 3-6 mois de grossesse (M=2,71 ; ÉT=1,32). La fréquence du cunnilingus dépend aussi du temps (F(3,128)=38.52, p<.001, P=1, TE=.47) : les plus grandes diminutions sont vécues à 0-3 mois de grossesse (M=4,35 ; ÉT=1,27) et en post (M=4,17 ; ÉT=0.89), puis à 6-9 mois (M=3,78 ; ÉT=1,29), et enfin, à 3-6 mois (M=3,08 ; ÉT=1,65). La fréquence de la fellation, pour sa part, dépend également du temps (F(3,127)=34.13, p<.001, P=1, TE=.45) : la plus grande diminution est vécue à 0-3 mois de grossesse (M=4,01; ÉT=1,29), puis de même ordre à 3-6 mois (M=2,79; ÉT=1,41) et à 6-9 mois (M=2,80; ÉT=1,24), la plus petite diminution étant vécue en post (M=2,85; ÉT=1,07).

Chez les femmes, les plus grandes diminutions de la masturbation personnelle se vivent à 0-3 mois de grossesse (M=4,03 ; ÉT=1,19) et en post (M=4,07 ; ÉT=0.81), suivie de celle à 6-9 mois (M=3,61 ; ÉT=1,29), puis de celle à 3-6 mois (M=3,07 ; ÉT=1,57). Chez les hommes, la plus grande diminution de la masturbation personnelle est vécue à 0-3 mois (M=3,48 ; ÉT=1,66), puis, en ordre décroissant, à 3-6 mois (M=2,94 ; ÉT=1,53), à 6-9 mois (M=2,18 ; ÉT=1,59) et en post (M=1,58 ; ÉT=0,94). Pour ce qui est de la masturbation mutuelle, la plus diminution est vécue à 0-3 mois (M=4,32 ; ÉT=1,23), puis, en ordre décroissant, en post (M=4,05 ; ÉT=0,92), à 6-9 mois (M=3,67 ; ÉT=1,32) et à 3-6 mois (M=3,07 ; ÉT=1,57). Enfin, la fréquence de la pénétration anale est la plus diminuée à 0-3

mois (M=5,54 ; ÉT=0,91), puis de façon équivalente à 3-6 mois (M=5,16 ; ÉT=1,52) et 6-9 mois (M=5,20 ; ÉT=1,43), suivi de la plus petite diminution en post (M=5,26 ; ÉT=1,29).

5. Discussion

5.1. Retour sur les résultats

Cette étude avait pour but de décrire d'une manière quantitative le vécu intime et sexuel des couples parentaux lors de la transition à la parentalité, plus particulièrement celles des couples parentaux franco-ontariens d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Face aux données recueillies, force est de constater que l'intimité et la qualité de la relation conjugale semblent se maintenir et rester positives dans l'ensemble, alors que la sexualité même des couples est une sphère qui ralentit lors de la transition à la parentalité, surtout en post.

Au plan de l'ajustement dyadique, les résultats révèlent que les couples sont restés heureux en pré et en post, ne démontrant pas des scores moyens de relation dyadique problématique. Malgré les bouleversements de la transition à la parentalité, les couples demeurent donc généralement satisfaits de leur relation, se sentent encore proches l'un de l'autre, démontrent toujours de l'affection l'un envers l'autre et gardent une cohésion de couple positive. Le constat est semblable avec la qualité de la relation intime des couples telle que mesurée par l'ERI : la qualité moyenne de la relation intime des couples interrogés se maintient dans le temps, ce qui rejoint les constats de l'étude de Moreau et al. (2013) [24]. Ce portrait positif du maintien de leur relation de couple concorde avec le portrait d'études récentes sur le sujet [44-46]. Toutefois, une baisse significative des moyennes est quand même observée entre la période pré et post dans les deux cas ; les couples restent heureux dans l'ensemble en post, mais le sont un peu moins qu'en pré. Ceci pourrait être expliqué par le passage de la dyade à la triade que les couples vivent. Avec l'arrivée de bébé, la relation de couple n'est plus la seule relation qui demande temps, énergie et priorité, ce qui peut

entraîner certaines personnes à mettre davantage l'emphase sur bébé plutôt que sur leur partenaire, pouvant affecter par le fait même négativement l'affection, la cohésion, le consensus, la satisfaction et l'intimité que les membres du couple partagent et se vouent, sans pour autant distancer émotionnellement et drastiquement le couple. La question de l'équilibre entre couple et famille prend alors un tout autre sens ; les membres du couple restent connectés, mais sont en même temps poussés à investir également dans leur relation avec leur enfant, ce qui peut réduire l'investissement dans le couple et ainsi teinter l'harmonie conjugale à divers degrés. De plus, en post, les femmes sont plus affectées négativement en matière de relation intime ; leur investissement typiquement plus grand envers le bébé pourrait expliquer en partie une diminution de leur intérêt et de leur énergie dans la relation intime, se reflétant dans une diminution de la qualité de la relation intime. L'investissement de leur conjoint envers l'enfant pourrait aussi expliquer cette diminution de qualité de la relation intime : si la femme sent que le conjoint s'investit autant qu'elle, une partie de son énergie peut être dérivée vers la relation intime entre eux et la faire fructifier, alors que si elle sent un désinvestissement de la part de son conjoint envers l'enfant, elle sera tentée de mettre l'emphase sur ce dernier, au détriment certain de sa relation intime avec son partenaire.

La transition à la parentalité peut provoquer un conflit entre partenariat et parentalité dû à l'ajout du nouveau rôle psycho-socio-sexuel, celui de parent, aux rôles de partenaire relationnel et partenaire sexuel déjà présents [47]. Un déséquilibre entre ces trois principaux rôles lors de la transition à la parentalité est remarqué dans notre échantillon et c'est le rôle de partenaire sexuel qui est particulièrement affecté et vulnérable lors de cette transition, ce qui corrobore les écrits de Cowan et Cowan (1992) [48] sur la fragilité de l'intimité et de la sexualité des couples lors de la transition à la parentalité. La conciliation des trois rôles est

donc difficile en période périnatale et le rôle de partenaire sexuel semble être celui qui est le plus affecté négativement. Plus spécifiquement, la fonction sexuelle féminine tend à diminuer significativement de pré en post pour atteindre des taux semblables aux taux rapportés par d'autres études [8,22,49,50]. Comparativement à la période pré, la fonction sexuelle postnatale devient significativement dysfonctionnelle chez les femmes, les taux moyens enregistrés lors de cette période se situant sous le seuil d'une bonne fonction sexuelle, alors que les taux moyens en pré sont plutôt signe d'un bon fonctionnement sexuel. Alors que 17,9% des femmes ont rapporté vivre une dysfonction sexuelle en pré, c'est 68,7% qui rapportent un tel constat; la proportion de femmes rapportant des dysfonctions sexuelles est donc largement supérieure en post. La douleur sexuelle féminine, quant à elle, est particulièrement présente durant même période, ce qui concorde avec les études précédentes [8,22,49,50]. De plus, les scores de douleur ont ici été corrélés à l'ERI et à l'AD, ce qui laisse sous-entendre que la douleur sexuelle brime clairement l'intimité, la sexualité et la relation conjugale pendant et après la grossesse pour la femme. La douleur est une variable centrale de la fonction sexuelle et semble être un facteur crucial qui se répercute sur tous les autres axes intimes et sexuels d'ordre physique, psychologique et relationnel de la femme ; il est nécessaire de s'attarder à cette variable davantage dans des recherches ultérieures. Pour ce qui est de la fonction sexuelle masculine, elle vit également un déclin de pré à post, mais les taux moyens pour toutes les sous-échelles restent généralement positifs et sans dysfonctions sexuelles apparentes. Considérant que le BMSFI n'a pas encore été utilisé dans les études sexopérinatales pour évaluer la fonction sexuelle des hommes, la comparaison avec d'autres échantillons périnataux n'est pas possible. La dysfonction sexuelle féminine générale en post semble donc être courante, alors que les hommes semblent vivre, en moyenne, une fonction sexuelle satisfaisante pendant la même période. La différence de

genre et ses nombreuses causes interreliées sont à approfondir dans une future étude avec un plus grand échantillon permettant une analyse multifactorielle de la détérioration de la fonction sexuelle chez les deux partenaires.

De plus, les variables explorées par le questionnaire supplémentaire sur l'expérience sexopérinatale démontrent que les différentes composantes de la sexualité périnatale tendent à se détériorer au fil de la grossesse, avec un déclin prononcé en post pouvant s'étirer jusqu'à plus de six mois postpartum. Au 1er trimestre, il y a stabilité des pratiques sexuelles, sauf pour une diminution prononcée du coït ; au 2e trimestre, il y a augmentation générale de toutes les pratiques ; et au 3e trimestre, il y a baisse des pratiques vaginales et une augmentation des pratiques alternatives au coït (fellation, masturbation personnelle, pénétration anale). Ce portrait en montagne russe, avec une baisse graduelle pendant la grossesse et surtout après la grossesse, est encore une fois typique aux comportements sexuels périnataux présentés dans plusieurs récentes recherches internationales [7,15-17,19,49,51]. Le 2e trimestre est une exception au parcours déclinant de la sexualité périnatale et a été expliqué par Reichenbach et al. (2001) [17] par une sensation de bien-être et une augmentation des pulsions sexuelles chez la femme. Yangin et Eroglu (2011) [19], pour leur part, ont plutôt expliqué ce regain sexuel par les changements d'hormones et par l'absence de peur de devenir enceinte chez la femme. Dans les deux cas, ces explications sont plausibles et pourraient s'appliquer aux couples parentaux ici interrogés. En outre, en période postnatale, la diminution générale de presque toutes les pratiques sexuelles confirme un phénomène couramment retrouvé dans les différentes populations étudiées [8,10,51-53]. Il est donc possible d'affirmer que les plus grandes diminutions observées dans la majorité des pratiques sexuelles se vivent au début de la grossesse et en postnatal, deux moments où la région vaginale est la plus évitée et où les activités sexuelles de compensation sans

pénétration vaginale sont plus utilisées. Pour ce qui est de la moyenne du retour au coït en postnatal chez les couples parentaux interrogés, qui est de 7,2 semaines, elle correspond aussi aux moyennes typiques des études sexopérinatales canadiennes et internationales qui varient entre 5,5 semaines et 12 semaines, avec une forte concentration autour de la 7^{e} semaine postnatale [8,18,24,50,54- 57].

L'évolution du vécu sexopérinatal de nos participants dépend évidemment des conditions physiologiques et psychologiques des deux partenaires. En effet, de nombreux symptômes physiques et de phénomènes normaux et courants d'ordre physiologique liés à la grossesse et à ses suites ont affecté négativement la sexualité de la population étudiée ici comme la plupart des populations questionnées sur le sujet, que ce soit la fatigue, les saignements post-coïtaux, le manque de sommeil, les douleurs abdominales post-coïtales (liées aux contractions utérines), l'allaitement ou la présence de lacérations/déchirures suite à l'accouchement [15,16,18,25]. De plus, les données obtenues laissent entrevoir l'impact négatif potentiel de plusieurs facteurs d'ordre psychologique sur la sexualité périnatale, notamment la dépression postpartum chez les deux partenaires, le traumatisme à l'accouchement chez l'homme, le déclin de l'image corporelle chez la femme et les peurs associées à la sexualité chez les deux partenaires. Ces peurs sont typiquement liées à l'état de la grossesse et à la santé du fœtus en pré et en post, elles sont principalement et couramment liées à la douleur [7,15,17-19,25]. Dans tous les cas, elles peuvent avoir une influence négative sur la sexualité périnatale. Bref, les facteurs physiques et psychologiques qui ont été rapportés comme ayant une influence négative sur le vécu sexopérinatal de notre échantillon correspondent aux facteurs typiques documentés à différents degrés par la littérature sexopérinatale [7,15-19,25].

Une autre variable étudiée ici mérite une attention particulière, considérant qu'elle a été peu explorée dans la littérature sexopérinatale : l'infidélité périnatale. Dans notre échantillon, même si la majorité des couples se sont dits heureux de leur relation en pré et en post, 4,5% des femmes ont été infidèles en pré et presque le double des hommes l'ont été en post. L'infidélité périnatale peut sembler étonnante, mais Whisman et al. (2007) [58] avaient déjà affirmé, dans leur étude auprès de 2 291 individus, que l'un des facteurs prédisant l'infidélité conjugale était le statut de grossesse de la femme, alors qu'Ali et Cleland (2001) [59], pour leur part, ont précisé que l'abstinence postnatale était un facteur prédicteur de sexe extra-marital. Pour ce qui est de l'infidélité des femmes pendant la grossesse, elle pourrait être expliquée par l'augmentation de libido que certaines femmes vivent au 2^{e} trimestre de grossesse, combinée au désintérêt possible de l'homme envers la sexualité à cette même période, possiblement dû à des facteurs psychologiques [60]. Par exemple, la femme peut alors être vue comme la future mère de l'enfant, et non plus la partenaire sexuelle [60]. L'infidélité pendant et après la grossesse ainsi que ses causes restent des questions à explorer davantage dans le contexte périnatal, car l'infidélité peut avoir un impact négatif direct sur la stabilité de la relation, mais aussi sur le bien-être de deux partenaires et par répercussion, sur le bien-être de la famille et de l'enfant à court, moyen et long terme. Une telle variable pourrait aussi contribuer à l'explication multifactorielle des taux de séparation et de divorce remarqués dans l'année suivant l'arrivée de bébé dans les sociétés contemporaines [47,48,61-63].

Comme la plupart des couples pendant la période périnatale, le couple parental franco-ontarien vit diverses fluctuations dans l'intimité et dans la sexualité du couple, particulièrement en début de grossesse, en fin de grossesse et en période postnatale. L'évolution de sa sexualité périnatale est semblable à l'expérience sexopérinatale générale et

commune lors de la transition à la parentalité. Comme tout couple standard, sa stabilité à court et à long terme dépend d'une part de la qualité de la relation de couple et d'autre part du maintien de la connexion émotionnelle, intime et sexuelle lors de la transition à la parentalité. Un couple stable et en santé en matière d'intimité et de sexualité, particulièrement en période périnatale, est un couple qui favorise la stabilité de la communauté. Par effet domino, la stabilité de la communauté peut favoriser une meilleure santé globale, ce qui demande alors moins de services de santé, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive. Si l'entité conjugale favorise l'intimité et la sexualité pendant la période périnatale, sa solidité et sa perpétuité sont aussi favorisées, ce qui ne peut qu'améliorer l'évolution des familles et de la communauté, dans une perspective de santé des populations. Les changements intimes et sexuels lors de la transition à la parentalité sont quasi inévitables, mais la gestion de ces derniers et l'effort que le couple investit dans le maintien de son lien conjugal sont garants d'une stabilité à long terme pour le couple, mais aussi pour la famille et la communauté.

5.2. Forces et limites

Cette étude est originale et innovatrice de par la combinaison d'un sujet particulier et négligé en santé et en santé sexuelle, la sexopérinatalité, ainsi que d'une population très peu étudiée en matière de santé sexuelle, les franco-ontariens. Elle contribue donc à la fois au portrait sexopérinatal canadien et international et au portrait de santé et de santé sexuelle des franco-ontariens. De plus, considérant la sensibilité et le tabou entourant le sujet d'étude ainsi que la variété de variables incluses dans cette étude, les résultats présentés ici permettent d'avoir un premier portrait complet et détaillé de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux franco-ontariens. Toutefois, l'échantillon analysé, qui se démarque par un haut niveau d'éducation et des revenus familiaux élevés, n'est pas nécessairement

représentatif de tous les franco-ontariens. Malgré tout, la représentativité statistique n'était pas le but de cette première étude de cas descriptive et exploratoire; la généralisation théorique, formée avec les cas les plus informatifs pour mettre l'accent sur une meilleure compréhension du phénomène étudié [27-29], était plutôt le but de cette première étude auprès d'une population méconnue en matière de sexualité périnatale, dans le cadre de cette étude de cas. De plus, il faut noter que l'échantillon recruté est un de convenance ; par le fait même, les couples qui ont été ici caractérisés heureux dans leur relation conjugale ont peut-être été plus portés à participer que ceux vivant de grands problèmes. Enfin, un biais de rappel chez les participants a pu modifier les données obtenues : les parents recrutés entre six et douze mois devaient évaluer leurs comportements sexuels pendant la grossesse et les mois suivants la naissance. Toutefois, certaines études rétrospectives publiées sur le sujet ont déjà utilisé des échantillons avec un délai de rappel d'au moins neuf mois [17,64,65] et certaines mêmes de 7 ans [10,66] pour pouvoir maximiser le recrutement. Considérant les limites temporelles imposées lors de cette étude et le fait que la population étudiée est en changement rapide et donc difficile à recruter, ce délai de rappel est justifié.

5.3. Recommandations

À la lumière des résultats obtenus dans le cadre de la présente étude, les professionnels de la santé en périnatalité doivent dans le cadre de leur pratique discuter et aborder la sexualité pendant et après la grossesse ; ils doivent informer et offrir du soutien aux couples de futurs et nouveaux parents afin que ces derniers soient davantage préparés aux changements possibles dans leur sexualité. La sexualité devrait faire partie du continuum des soins de santé de routine pendant et après la grossesse pour faciliter la transition à la parentalité du couple. Au niveau de la formation, les différents professionnels de la santé impliqués en périnatalité (obstétriciens-gynécologues, médecins de famille, infirmières,

sages-femmes, doulas et éducateurs périnataux) devraient être sensibilisés et formés en matière de sexualité, que ce soit dans leur formation de base, en formation continue ou en milieu de travail. Il serait aussi parallèlement important de sensibiliser et d'éduquer les futurs et nouveaux parents, ainsi que le public en général, envers les changements sexuels possibles pendant et après la grossesse.

Enfin, au niveau de la recherche, les études sur la sexualité périnatale doivent se poursuivre, notamment celles auprès de populations vulnérables et/ou moins connues, comme les franco-ontariens. Il serait aussi essentiel de développer des outils standardisés avec des propriétés psychométriques validées en matière de sexualité périnatale spécifiquement pour mieux pouvoir analyser le phénomène. Pour développer un meilleur portrait complet de l'expérience sexopérinatale, il faudrait aussi inclure davantage de variables sexuelles et favoriser les études à devis mixte. Enfin, il est important de mettre l'emphase sur les couples et sur les hommes, tout en s'intéressant également aux autres déterminants sociaux de la santé périnatale (culture, confession religieuse).

6. Conclusion

Pour les couples parentaux franco-ontariens d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario, l'intimité et la sexualité périnatale vivent d'importantes fluctuations lors de la transition à la parentalité, avec une baisse graduelle des composantes sexuelles pendant la grossesse et un déclin prononcé en post, ce qui rejoint le profil sexopérinatal typique des couples parentaux en transition à la parentalité. Même si les couples restent généralement heureux de leur relation conjugale lors de cette période de transition, la sexualité, quant à elle, se détériore et constitue un aspect vulnérable.

Cette recherche a contribué à l'élaboration du portrait canadien, et par le fait même international, en matière de sexopérinatalité qui constitue encore un domaine peu développé

de recherche et d'interventions, malgré son importance. De plus, cette étude a favorisé l'élaboration du portrait périnatal des franco-ontariens, spécifiquement en matière de relation intime et sexuelle des couples parentaux, en s'ajoutant aux études de Moreau et al. (2013) [24] ainsi que de Lacaze-Masmontiel et al. (2013) [26] concernant la périnatalité chez les francophones en Ontario ainsi qu'en Alberta et au Nouveau-Brunswick, respectivement.

La santé sexuelle périnatale est sans aucun doute une composante fondamentale de la santé et devrait être incluse dans le suivi professionnel avec une approche holistique des soins de santé [6,9,13,47]. Le fait de favoriser la transition à la parentalité d'un point de vue intime et sexuel des couples s'inscrit dans une optique de bien-être sexuel général, mais aussi dans une optique de promotion de la santé et du bien-être du couple, de l'enfant, de la famille et de la société [6,9,47].

Conflits d'intérêts :
aucun

Remerciements :
Remerciements aux organismes subventionnaires pour cette recherche : 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] Dupras A. L'avenir de la sexologie. Sexologies 2010;19(2):99-103.

[2] Dupras A. La professionnalisation de la sexologie au Québec. Sexologies 2006;15(1):58-64.

[3] Giami A, Pacey S. Training health professionals in sexuality. Sexual and Relationship Therapy 2006;21(3):267-271.

[4] Organisation Mondiale de la Santé, OMS. Santé sexuelle et reproductive ; Compétences de base en soins primaires. 2012. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf.

[5] Organisation Mondiale de la Santé, OMS. Defining sexual health. 2006. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_-health/defining_sexual_health.pdf.

[6] Polomeno V. The Polomeno Family Intervention framework for perinatal education: Preparing couples for the transition to parenthood. The Journal of Perinatal Education 2000;9(1):31-48.

[7] Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2000;107(8):964-968.

[8] Chivers ML, Pittini R, Grigoriadis S, Villegas L, Ross LE. The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: A pilot study. Journal of Sexual Medicine 2011;8(3):792-799.

[9] de Pierrepont C, Polomeno V. Rôle du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2014;42(7-8):507-514.

[10] van Anders SM, Hipp LE, Low LK. Exploring co-parent experiences of sexuality in the first 3 months after birth. Journal of Sexual Medicine 2013;10(8):1988-1999.

[11] Polomeno V. Sex and babies: Pregnant couples's postnatal sexual concerns. The Journal of Perinatal Education 1999;8(4):9-18.

[12] Polomeno V. A couples approach to the teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood. International Journal of Childbirth Education 2014;29(1):78-85.

[13] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. Journal of Psychosomatic Research 1999;47(1):27-49.

[14] 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, Ed. La promotion de l'allaitement au Québec – Regards critiques. Montréal, QC : Remue-Ménage; 2014: 137-158.

[15] Fok WY, Chan LYS, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2005;84(10):934-938.

[16] Moodley J, Khedun SM. Sexual activity during pregnancy: A questionnaire-based study. Southern African Journal of Epidemiology and Infection 2011;26(1):33-35.

[17] Reichenbach S, Alla F, Lorson J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse : Une étude pilote portant sur 72 hommes. Sexologies 2001;11(42):1-6.

[18] Sauvestre-Foucault C. Sexualité du post-partum – Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels [thèse]. Paris, France : Université de Paris Descartes; 2011. p. 1-92.

[19] Yangin HB, Eroglu K. Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in southwestern Turkey: A qualitative study. Journal of Sex & Marital Therapy 2011;37(3):190-205.

[20] Agence de Santé Publique du Canada, ASPC. Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. 2009. Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php.

[21] Adams WJ. Sexuality and happiness ratings of husbands and wives in relation to first and second pregnancies. Journal of Family Psychology 1988;2(1):67-81.

[22] Cappell JP. A biopsychosocial approach to persistent postpartum pain and postpartum sexual function [thèse]. Kingston, Canada : Queen University; 2014. p. 1-191.

[23] Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, et al. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and caesarean births. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2005;27(4):313-320.

[24] Moreau D, Polomeno V, Tourigny J, Soulière M, Lafontaine MF, et al. Portrait et déterminants de la santé de familles francophones en situation minoritaire qui donnent naissance dans la région d'Ottawa. Proceedings of the Conferences Programme d'excellence professionnel (PEP) du Consortium national de formation en santé – Volet Université d'Ottawa, 2013 April ; Ottawa.

[25] Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. Canadian Family Physician 2005;51(10):1367.

[26] Lacaze-Masmonteil T, Leis A, Lauriol E, Normandeau J, Moreau D, et al. *Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le vécu de la grossesse*. Canadian Journal of Public Health 2013;104(6-suppl. 1):S65-S70.

[27] Gagnon YC. L'étude de cas comme méthode de recherche. 2nd ed. QC: Presses de l'Université du Québec; 2012.

[28] Yin RK. Applications of case study research. 3rd ed. CA: SAGE; 2012.

[29] Yin RK. Case study research ; Design and methods. 4th ed. CA: SAGE; 2009.

[30] Collins KMT, Onwuegbuzie AJ, Jiao WG. A mixed methods investigation of mixed methods sampling designs in social and health science research. Journal of Mixed Methods Research 2007;1(3):267-294.

[31] Creswell JW. Research Design; Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 3th ed. CA: SAGE; 2009.

[32] Onwuegbuzie AJ, Collins KMT. A typology of mixed methods sampling designs in social science research. The Qualitative Report 2007;12(2):281-316.

[33] Corbeil JP, Lafrenière S. Portrait des minorités de langue officielle au Canada : Les francophones de l'Ontario. 2010. Available from: http://www.statcan.gc.ca/pub/89-642-x/89-642-x2010001-fra.pdf.

[34] Marmen L, Delisle S. Les soins de santé en français à l'extérieur du Québec. Tendances Sociales Canadiennes 2003;Hiver 2003(71).

[35] Forgues E, Landry R. L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire – Rapport final. 2014. Available from: http://www.santefrancais.ca/enquete.

[36] Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and Family 1976;38(1):15-28.

[37] Hetherington SE, Soeken KL. Measuring changes in intimacy and sexuality: A self-administered scale. Journal of Sex Education & Therapy 1990;16(3):155-163.

[38] Hetherington SE. Intimate Relationship Scale. In: Davis CM, Yarber WL, Basuerman R, Shreer G, Davis SL, editors. Handbook of sexuality related measures. Thousand Oaks, CA: SAGE; 1998. p. 501-503.

[39] Higgins PG. Changes in intimacy behaviors in antepartum couples. Journal of Nursing Science and Practice 1988;1(4):17-21.

[40] Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI) : A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of Sex and Marital Therapy 2000;26(2):191-208.

[41] O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, Barber B, Sagnier PP, et al. A brief male sexual function inventory for urology. Urology 1995;46(5):697-706.

[42] Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2e édition ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

[43] Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-Validation and Development of Clinical Cutoff Scores. J Sex Marital Ther 2005 2005;31(1):1-20.

[44] Boyce P, Condon J, Barton J, Corkindale C. First-Time Fathers' Study: psychological distress in expectant fathers during pregnancy. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2007;41(9):718-725.

[45] Condon JT, Boyce P, Corkindale J. The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004;38(1-2):56-64.

[46] 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. Archives of Women's Mental Health 2010;13(6):495-504.

[47] Polomeno V, Dubeau D. La sexopérinatalité : où en sommes-nous ? Infirmière Clinicienne 2009;6:20-24.

[48] Cowan CP, Cowan PA. When partners become parents. New York, NY: Basic Books; 1992.

[49] Pauls RN, Occhino JA, Dryfhout VL. Effects of pregnancy on female sexual function and body image : A prospective study. Journal of Sexual Medicine 2008;5(8):1915-1922.

[50] Yildiz H. The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: A prospective study. Journal of Sex & Marital Therapy 2015;41(1):49-59.

[51] Von Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: Results from the Sexual Preferences Questionnaire. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2001;22(1):29-40.

[52] Morof D, Barrett G, Peacock J, Victor CR, Manyonda I. Postnatal depression and sexual health after childbirth. Obstetrics & Gynecology 2003;102(6):1318-1325.

[53] Von Sydow K. Sexual enjoyment and orgasm postpartum : Sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2002;23(3):147-155.

[54] Connolly AM, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function : A longitudinal prospective study. International Urogynecology Journal 2005;16(4):263-267.

[55] Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2001;184(5):881-890.

[56] Trutnovsky G, Haas J, Lang U, Petru E. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 2006;46(4):282-287.

[57] Wang HY, Xu XY, Yao ZW, Zhou Q. Impact of delivery types on women's postpartum sexual health. Reproduction & Contraception 2003;14(4):237-242.

[58] Whisman MA, Gordon KC, Chatav Y. Predicting sexual infidelity in a population-based sample of married individuals. Journal of Family Psychology 2007;21(2):320-324.

[59] Ali MM, Cleland JG. The link between postnatal abstinence and extramarital sex in Côte d'Ivoire. Studies in Family Planning 2001;32(3):214-219.

[60] Polomeno V. Sex and pregnancy: A perinatal educators' guide. The Journal of Perinatal Education 2000;9(4):15-27.

[61] Ambert AM. Divorce : Faits, causes et conséquences. 2009. Available from: http://thefamilywatch.org/doc/doc-0074-es.pdf.

[62] Belsky J, Pensky E. Marital change across the transition to parenthood. Marriage & Family Review 1988;12(3-4):133-156.

[63] Heinecke CM, Guthrie D, Ruth G. Marital adaptation, divorce, and parent-infant development – A prospective study. Infant Mental Health 1997;18(3):282-299.

[64] Erenel AS, Eroglu K, Vural G, Dilbaz B. A pilot study: In what ways do women in Turkey experience a change in their sexuality during pregnancy? Sexuality and Disabilities 2011;29(3):207-216.

[65] Sacomori C, Cardoso FL. Sexual initiative and intercourse behaviour during pregnancy among Brazilian women : A retrospective study. Journal of Sex & Marital Therapy 2010;36(2):124-136.

[66] Hipp LE, Low LK, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. Journal of Sexual Medicine 2012;9(9):2330-2341.

Tableau 1 : Questionnaires utilisés

Nom	Origine	Nombre d'items et temps	Variable mesurée	Score possible, comptabilisation et interprétation	Alpha de Cronbach
1) Informations générales	Développé pour l'étude	42 items pour F et 28 items pour H en pré	Données sociodémographiques et donnée périnatales, incluant entre autres : type d'accouchement, présence de lacérations/déchirures, type d'allaitement, présence/absence de dépression (question dichotomique)	-	-
2) Échelle d'Ajustement Dyadique (AD)	« Dyadic Adjustment Scale » (DAS) de Spanier, 1976	32 items en pré et 32 items en post, pour F et H	Qualité de l'ajustement conjugal au sein des dyades selon 4 dimensions : consensus, satisfaction, affection et cohésion	Comptabilisation : addition des 32 items Score possible : entre 0 à 151 Interprétation : plus le score est élevé, plus l'ajustement dyadique est positif → ajustement positif : haut niveau d'accord entre les partenaires (consensus), faible niveau de conflits et d'interactions négatives entre les partenaires (satisfaction), faible niveau de problèmes affectifs (affection) et haut niveau d'activités/d'intérêts communs (cohésion)	Pré : 0.807 Post : 0.915
3) Échelle de Relation Intime (ERI)	« Intimate Relationship Scale » : Combinaison des questionnaires d'Hetherington & Soeken (1990), d'Hetherington (1998) et de Higgins (1988)	15 items en pré et 19 items en post, pour F et H	Changements intimes et sexuels sur 3 dimensions : personnelle/émotionnelle, physique et cognitif/intellectuel	Comptabilisation : moyenne des 15/19 items Score possible : entre 1 à 5 Interprétation : plus le score est élevé, plus la relation intime est positive	Pré : 0.813 Post : 0.856
4) Female Sexual Function Index (FSFI) ou Brief Male Sexual Function Index (BMSFI)	- FSFI de Rosen et al., 2000 - BMSFI de O'Leary et al., 1995	- FSFI : 19 items en pré et 19 items en post, pour F - BMSFI : 11 items en pré et 11 items en post, pour H	- FSFI : fonction sexuelle selon 6 domaines (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur)	- FSFI : Comptabilisation : addition des items pour chaque sous-échelle, puis multiplication par un facteur en fonction des sous-échelles (désir=0.6 ; excitation et lubrification=0.3 ; orgasme, satisfaction et douleur=0.4) ; addition totale pour	Pré : 0.916 Post : 0.914

			- BMSFI : fonction sexuelle selon 5 domaines (désir/excitation, érection, éjaculation, problèmes et satisfaction)	score final Score possible : entre 2 et 36 Interprétation : plus le score est élevé, plus la fonction sexuelle est positive et moins il y a de dysfonctions sexuelles - BMSFI : Comptabilisation : addition des items pour chaque sous-échelle ; pas de score global Score possible : désir=0 à 8 ; érection=0 à 12 ; éjaculation= 0 à 8 ; problèmes=0 à 12 ; satisfaction=0 à 4 Interprétation : plus le score est élevé, plus la fonction sexuelle est positive et moins il y a de dysfonctions sexuelles	Pré : 0.528 (sans inclure éjaculation) Post : 0.834
5) Sondage sur l'expérience sexopérinatale pendant et après la grossesse	Développé pour l'étude ; validation de contenu avec 8 spécialistes et pré-test avec 3 couples	42 items pour F (pré et post combinés) et 45 items pour H (pré et post combinés)	Expérience sexopérinatale	-	-
6) Sondage sur les besoins et services en sexopérinatalité	Développé pour l'étude ; validation de contenu avec 8 spécialistes et pré-test avec 3 couples	13 items (pré et post combinés)	Besoins et services sexopérinataux	-	-

Légende : F=femme, H=homme, pré=prénatal, post=postnatal

Tableau 2 : Profil sociodémographique des participants

Variables	Femmes N=67	Hommes N=67	Ensemble N=134
Âge			
- 22-27 ans	7,5%	3,0%	5,2%
- 28-33 ans	70,1%	53,7%	61,9%
- 34-39 ans	22,4%	43,3%	32,8%
Né(e) au Canada	86,6%	88,1%	87,3%
Statut civil			
- Marié(e)	-	-	77,6%
- Union de fait			22,4%
Niveau d'éducation complété			
- Études secondaires (incluant études professionnelles / Études collégiales	26,8%	14,9%	20,9%
- Études universitaires (baccalauréat)	58,2%	47,8%	53,0%
- Études supérieures (2e cycle, maîtrise, doctorat, post-doctorat)	14,9%	37,3%	26,1%
Revenu familial			
- 40-59 999$			0,7%
- 60-79 999$	-	-	21,6%
- 80-99 999$			26,1%
- 100 000$ et plus			47,8%

Note : Les totaux n'équivalent pas toujours à 100%, dû à des données manquantes ou au refus de répondre émis par certains participants.

Tableau 3 : Portrait périnatal des participants

Variables	Femmes N=67	Hommes N=67
Grossesse planifiée Grossesse désirée	Oui : 77,6% Oui : 97,8%	
Traitement de fécondation in vitro	10,4%	-
Accouchement à l'hôpital - Avec un omnipraticien/obstétricien-gynécologue - Avec une sage-femme	94% 88,1% 11,9%	-
Péridurale durant le travail et l'accouchement	65,7%	-
Personnes présentes à l'accouchement - Partenaire - Entourage - Doula	 97% 7,5% 1,5%	-
Envie d'assister à l'accouchement S'est senti obligé d'assister à l'accouchement	-	71,6% 35,8%
Allaitement au sein - Exclusif - Mixte	74,6% 84% 16%	-
Situations particulières périnatales - Grossesse o Streptocoque B o Diabète gestationnel o Hypertension o Induction o Travail prématuré - Accouchement o Arrêt de travail o Fièvre o Présentation par le siège o Présentation par l'épaule	 28,4% 19,4% 14,9% 3% 1,5% 17,9% 9% 3% 1,5%	-
Type d'accouchement - Voie vaginale o Vaginal spontané o Vaginal avec ventouse o Vaginal avec forceps - Césarienne o Césarienne planifiée o Césarienne non planifiée (d'urgence)	 67,2% 58,2% 7,5% 1,5% 32,8% 11,9% 20,9%	-
État du périnée - Épisiotomie - Lacération/déchirure o 1er degré o 2e degré o 3e degré o 4e degré	 10,4% 49,3% 18,2% 54,5% 24,2% 3%	-
A travaillé pendant la grossesse	91%	100%
A recommencé à travailler après la naissance - Temps moyen du retour au travail	22,4% 8 mois (ÉT=2,64)	100% 5,5 semaines (ÉT=6,18)
Dépression postpartum	11,9%	6%

Note : Les totaux n'équivalent pas toujours à 100%, dû à des données manquantes ou au refus de répondre émis par certains participants.

Tableau 4 : Pratiques sexuelles en fonction du temps

Pratiques sexuelles / Temps	0-3 mois	3-6 mois	6-9 mois	Post
Fréquence pénétration vaginale (coït)	↑ : 16,4 ↓ : 62,7 →: 20,9	↑ : 56,7 ↓ : 28,3 →: 14,9	↑ : 20,2 ↓ : 77,6 →: 1,5	↑ : 1,5 ↓ : 97,0 →: 0,7
Cunnilingus	↑ : 11,2 ↓ : 26,1 →: 49,3 PPR : 13,4	↑ : 53,7 ↓ : 19,4 →: 13,4 PPR : 13,4	↑ : 13,5 ↓ : 65,6 →: 7,5 PPR : 13,4	↑ : 1,5 ↓ : 77,6 →: 6,7 PPR : 13,4
Fellation	↑ : 20,1 ↓ : 21,7 →: 57,5	↑ : 61,2 ↓ : 14,9 →: 23,9	↑ : 53,0 ↓ : 34,4 →: 12,7	↑ : 42,5 ↓ : 50,8 →: 5,2
Masturbation personnelle	Ensemble : ↑ : 29,9 ↓ : 24,6 →: 40,3 PPR : 5,2 Femmes : ↑ : 11,9 ↓ : 49,3 →: 29,9 PPR : 9,0 Hommes : ↑ : 47,7 ↓ : 0 →: 50,7 PPR : 1,5	Ensemble : ↑ : 59,7 ↓ : 10,5 →: 25,4 PPR : 4,5 Femmes : ↑ : 53,7 ↓ : 20,9 →: 16,4 PPR : 9,0 Hommes : ↑ : 65,7 ↓ : 0 →: 34,3 PPR : 0	Ensemble : ↑ : 47,1 ↓ : 34,3 →: 14,2 PPR : 4,5 Femmes : ↑ : 16,4 ↓ : 68,7 →: 6,0 PPR : 9,0 Hommes : ↑ : 77,7 ↓ : 0 →: 22,4 PPR : 0	Ensemble : ↑ : 46,3 ↓ : 43,3 →: 6,0 PPR : 4,5 Femmes : ↑ : 0 ↓ : 82,1 →: 9,0 PPR : 9,0 Hommes : ↑ : 92,5 ↓ : 4,5 →: 3,0 PPR : 0
Masturbation mutuelle	↑ : 11,9 ↓ : 24,6 →: 54,5 PPR : 9,0	↑ : 52,2 ↓ : 29,0 →: 17,2 PPR : 9,0	↑ : 18,7 ↓ : 59,7 →: 12,7 PPR : 9,0	↑ : 3,0 ↓ : 75,4 →: 12,7 PPR : 9,0
Pénétration anale	↑ : 3,0 ↓ : 5,9 →: 19,4 PPR : 71,6	↑ : 17,2 ↓ : 2,2 →: 9,0 PPR : 71,6	↑ : 12,6 ↓ : 8,9 →: 6,7 PPR : 71,6	↑ : 6,7 ↓ : 17,9 →: 3,7 PPR : 70,1

Légende *:* les données sont présentées en pourcentages ; ↑=augmentation, ↓=diminution, →= aucun changement, PPR= pas une pratique régulière.

Note *:* Les totaux n'équivalent pas toujours à 100%, dû à des données manquantes ou au refus de répondre émis par certains participants.

Chapitre 6 : Article 3

Redaction de GYOBFE <redaction-gof@orange.fr> 5 août 2015 16:53
À : Catherine de Pierrepont
Confirmation de reception de votre article L'experience sexoperinatale de cinq couples parentaux franco-ontariens; Resultats qualitatifs d'une enquete exploratoire

Cher(e) Ms. de Pierrepont,

Nous avons bien reçu votre article intitulé "L'experience sexoperinatale de cinq couples parentaux franco-ontariens; Resultats qualitatifs d'une enquete exploratoire".

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction de la revue Gynécologie Obstétrique & Fertilité et nous vous ferons parvenir son avis dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre manuscrit en vous connectant en tant qu'auteur sur le site d'EES à l'adresse suivante http://ees.elsevier.com/gyobfe/.

En vous remerciant de votre confiance,

Avec nos sentiments les meilleurs,

La Rédaction
Gynécologie Obstétrique & Fertilité

Titre :
L'expérience sexopérinatale de cinq couples parentaux franco-ontariens; Résultats qualitatifs d'une enquête exploratoire

Title :
The sexoperinatal experience of five franco-ontarians parenting couples; Qualitative results of an exploratory study

Auteures et coordonnées :
Catherine de Pierrepont [1], Viola Polomeno [2], Louise Bouchard [3], et Elke Reissing [4]

- [1] Catherine de Pierrepont, Sexologue (B.A. & M.A., Profil Recherche et Intervention), Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
- [2] Viola Polomeno, Inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa
- [3] Louise Bouchard, Ph.D., Professeure titulaire, Département de Sociologie et Institut de recherche sur la santé des Populations, Université d'Ottawa
- [4] Elke Reissing, Ph.D., C. Psych., Professeure titulaire, École de Psychologie, Université d'Ottawa

Auteure de correspondance :
Catherine de Pierrepont, Sexologue (B.A. & M.A., Profil Recherche et Intervention), Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Résumé :
Afin de contribuer au portrait sexopérinatal émergent d'ordre canadien et international, cet article présente les résultats qualitatifs d'une étude portant sur le vécu intime et sexuel pendant et après la grossesse de cinq couples parentaux franco-ontariens. Lors de la transition à la parentalité, la variabilité des expériences sexopérinatales est flagrante ; chaque vécu est unique à chaque couple. Malgré tout, des éléments récurrents font écho à des fluctuations sexuelles courantes et typiques lors de cette transition : diminution du désir sexuel de la femme ; diminution des activités sexuelles à la fin de la grossesse et surtout après l'accouchement ; et présence de douleur sexuelle postnatale chez la femme. De nombreux facteurs physiques et psychologiques influencent simultanément et négativement à différents degrés l'expression sexuelle des femmes et des hommes, notamment la présence de peurs, de stress, de fatigue et d'inconforts ainsi que le phénomène d'allaitement et les séquelles physiques suite à l'accouchement. Dans tous les cas, les fluctuations de la sexualité périnatale demande des changements, des ajustements et des adaptations temporaires de la part des couples parentaux. Les résultats de cette étude soulignent l'importance du maintien de la relation du couple; le soutien et la compréhension réciproque ainsi que la communication dans le couple sont des moyens d'adaptation qui permettent de maintenir un tel lien. La sexualité périnatale est donc un aspect vulnérable pour les couples lors de transition à la parentalité qui mériterait plus d'attention en recherche et en pratique.

Mots-clés :

sexualité périnatale, transition à la parentalité, couples parentaux, périnatalité, expérience sexopérinatale

Abstract:
This article, which presents the qualitative results of a study on the intimate and sexual experience of five franco-ontarian parenting couples during pregnancy and after childbirth, contributes to the emerging sexoperinatal portrait in Canada and elsewhere in the world. The variability of couples' sexoperinatal experiences during the transition to parenthood is obvious; each experience is unique to each couple. Nevertheless, some sexual fluctuations are typical during this transition: decreased sexual desire in women, decreased sexual activities at the end of pregnancy and after childbirth, and postnatal sexual pain in women. Many physical and psychological factors influence simultaneously and negatively to varying degrees women' and men's sexual expression: the presence of fears, stress, fatigue, discomfort, breastfeeding and the physical effects resulting from childbirth. In all cases, fluctuations in perinatal sexuality require changes and temporary adjustments by parenting couples. These findings highlight the importance of couples maintaining their relationship and their connection by using different coping strategies including support and mutual understanding and communication between the partners. Perinatal sexuality is considered as a vulnerable dimension in couples' relationships during the transition to parenthood that deserves more attention in both research and practice.

Keywords:
perinatal sexuality, transition to parenthood, parenting couples, perinatal health, sexoperinatal experience

1. Introduction

Il est aujourd'hui reconnu que la sexualité est une composante centrale de la santé humaine globale [1-5]. Affectée par les diverses transitions de la vie, la sexualité se voit chamboulée chez les futurs et nouveaux parents lors de la transition à la parentalité. Ces derniers doivent alors s'adapter pour conserver leur relation de couple, mais aussi pour solidifier les bases mêmes de leur famille. Dans la recherche tout comme dans la pratique, peu d'attention est portée sur les besoins intimes et sexuels des futurs et nouveaux parents, même si ces besoins sont flagrants durant cette transition.

Afin d'enrichir ce domaine de recherche et de contribuer à l'émergence du portait sexopérinatal canadien, une population particulière et méconnue en matière de santé et surtout de santé sexuelle et périnatale, a été choisie : les franco-ontariens. Cet article expose donc les résultats qualitatifs du vécu sexopérinatal de couples parentaux franco-ontariens.

2. Contexte et problématique

La transition à la parentalité se définit dans le temps entre la décision d'avoir un enfant ou le moment de la conception jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de deux ans [6]. Cette transition amène d'importants bouleversements multidimensionnels et simultanés chez les futurs et nouveaux parents, surtout lors de la première grossesse [7-14], et exige une adaptation et des ajustements de la part de ces derniers. Certains chercheurs s'entendent pour affirmer que c'est l'aspect intime et sexuel du couple qui est le plus affecté et le plus vulnérable durant cette transition [7-11,13-19].

Les expériences sexopérinatales sont variées et uniques à chaque couple, mais il est tout de même possible d'observer la tendance générale suivante : l'expression de la sexualité tend à diminuer progressivement pendant la grossesse, particulièrement au 3^{e} trimestre, ainsi que dans les premiers mois postnataux, pour ensuite augmenter graduellement, sans

toutefois, dans la majorité des cas, retourner au niveau d'avant-grossesse dans la première année suivant l'accouchement [7-9,11-14,18-20]. Bien que les femmes soient particulièrement affectées par les changements sexuels pendant et après la grossesse, les hommes aussi doivent composer avec les bouleversements de leur intimité et de leur sexualité [9,13,20].

Certaines études ont souligné qu'en raison des changements vécus, la majorité des couples ont besoin d'être informés, soutenus et rassurés sur la sexualité périnatale par les professionnels de la santé [7-9,12,18-20]. Pourtant, les services offerts ne semblent pas adaptés, car dans la majorité des cas, la sexualité est peu abordée et parfois même complètement écartée des consultations et des suivis professionnels de santé périnataux [8,12,18-21]. Les obstacles qui empêchent d'aborder la sexualité lors de telles rencontres proviennent à la fois des professionnels [12] et des patients [7,12,18,20].

Il existe peu d'études sur la sexualité périnatale et le Canada ne fait pas exception avec quelques études développées sur le sujet durant les dernières décennies [7,8,9,15,22-25]. Toutefois, l'enquête nationale de l'Agence de la Santé Publique du Canada en 2009 [21] auprès des 6 421 femmes canadiennes sur leur expérience de la maternité a souligné que les changements sexuels et les émotions reliées à la sexualité constituent des sujets sur lesquels les femmes reçoivent le moins d'informations en période périnatale. Ainsi, les couples parentaux canadiens bénéficieraient d'un approfondissement des connaissances en matière de sexopérinatalité, leurs besoins étant largement sous-étudiés, voire inconnus.

À ce jour, il semble n'exister aucune recherche en matière de sexopérinatalité sur les couples parentaux franco-ontariens, mis à part celle de Moreau et al. (2013) [26], mais dont l'intimité sexuelle ne constituait qu'une composante secondaire d'une plus grande étude longitudinale sur l'expérience périnatale des familles franco-ontariennes. Cette étude a

toutefois permis d'identifier que la sexualité des couples parentaux était chamboulée par la période périnatale. De plus, les franco-ontariens constituent une population unique, mais largement sous-étudiée en matière de santé et de sexualité. Représentant 4,8% de la population ontarienne selon le recensement canadien de 2011, soit 611 500 personnes dont 25,2% vivent dans la région d'Ottawa [27], les franco-ontariens sont considérés comme une population minoritaire vivant des disparités et des inégalités sociales en matière de santé [28-30]. Trop peu est connu sur la situation de santé des franco-ontariens et encore moins en matière de santé sexuelle et sexopérinatale. Cette étude contribuera au développement du portrait sexopérinatal canadien et international, tout en contribuant à la démystification et à l'élargissement des connaissances en santé envers d'une population marginalisée en recherche.

3. Méthodologie

Les résultats qualitatifs présentés ici sont tirés d'une plus grande étude sous forme d'étude de cas descriptive et exploratoire [31,32] avec méthodes mixtes [33] ayant pour but de tracer le portrait de l'expérience sexopérinatale de couples parentaux franco-ontariens d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Cet article présente et discute les résultats qualitatifs obtenus pour répondre à la question de recherche suivante : Quel est le vécu de ces couples au plan de la sexualité périnatale ?

Le recrutement des participants s'est déroulé sur une période de dix mois, soit de novembre 2013 à août 2014, par le biais de 368 sources potentielles de recrutement. Les critères d'inclusion étaient les suivants : habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario ; être âgé de 18 ans et plus ; couple hétérosexuel ; premier enfant du couple ; couple vivant ensemble depuis un an avant la grossesse ; bébé âgé entre six et douze mois ; grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme; couple s'identifiant comme

francophone (selon la langue maternelle ou la première langue officielle parlée) [26,34,35] ; et avoir accès à Internet. Des dépliants et affiches de recrutement ont été distribués dans des ressources communautaires et de santé liées à la périnatalité ou à la francophonie ainsi que dans des ressources liées aux médias traditionnels (journaux, radio, télévision) et aux médias sociaux en lien avec la périnatalité ou la francophonie dans la région d'Ottawa et dans l'Est ontarien. Sur les 67 couples (134 participants) parentaux franco-ontariens recrutés originellement, cinq couples (dix participants) ont accepté de faire une entrevue de couple optionnelle et complémentaire au questionnaire en ligne, outil principal de cueillette des données. Lors de ces entrevues semi-structurées, d'une durée moyenne de 45 minutes faites au domicile des participants, ces derniers étaient invités à explorer leur expérience sexopérinatale en profondeur en mettant l'accent sur leur vécu intime et sexuel. Des entrevues de couple ont été choisies, car elles sont plus appropriées quand le sujet abordé est d'ordre relationnel ou relié au couple [36-38], surtout lorsqu'il est question d'intimité et de sexualité du couple [39]. Les entrevues de couple permettent aussi d'obtenir des données plus complètes et plus riches tout en permettant d'observer et d'analyser les interactions et la dynamique des couples [36-39].

Le guide d'entrevue a été développé en fonction des questions de recherche de l'étude et de la littérature dans le domaine, tout en laissant de l'espace aux couples afin qu'ils puissent exprimer ce qu'ils considèrent important. Le guide d'entrevue était composé de deux sections comprenant chacune deux sous-sections : 1) expérience sexopérinatale pendant la grossesse et depuis l'arrivée de bébé (changement(s) et/ou difficulté(s)/problèmes vécus, réactions des deux partenaires, moyens de gestion) ; et 2) besoins et services pendant la grossesse et depuis l'arrivée de bébé (besoins, sources d'information, discussion de sexualité pendant le suivi, langue). Après la présentation de l'interviewer et des buts de la recherche,

la question d'entrée de jeu était : « Comment s'est passée votre sexualité pendant la grossesse ? ». Selon la qualité de l'expérience (positive, négative, mitigée), des questions subséquentes appropriées étaient alors choisies. La première version élaborée du guide d'entrevue a été validée en matière de contenu et en matière de validité apparente par les deux premières auteures puis, une révision a été faite. La version modifiée a été pré-testée avec un couple de parents franco-ontariens et de légères modifications ont été effectuées pour obtenir la version finale.

Une analyse de contenu manuelle a été effectuée selon la méthode de l'Écuyer (1990) [40]. Suite à la transcription des verbatims et à un élagage de ces derniers, des lectures préliminaires, puis approfondies, ont été faites. Par la suite, une identification suivie d'une codification des plus petites unités de sens a été faite sur les propos rapportés, le tout suivi d'une classification par thèmes et une catégorisation selon un modèle ouvert où les catégories n'ont pas été prédéterminées, mais se sont développées progressivement [40]. La catégorisation a été discutée à maintes reprises et validée par les deux premières auteures, subissant de légères modifications au fur et à mesure, avec un accord final sur l'arborisation finale des thèmes, catégories, sous-catégories et items les composant. L'analyse et l'interprétation des résultats ont complété le processus.

En matière d'éthique, ce projet a été approuvé par trois comités d'éthique consécutifs, soit celui d'une université (Sciences et science de la santé), celui d'un hôpital francophone et celui d'une unité de Santé Publique à Ottawa.

4. Résultats

4.1. Profil sociodémographique

Le Tableau 1 présente les principales données sociodémographiques des dix participants aux entrevues. Tous les couples vivent à Ottawa ou dans l'Est ontarien. Les

couples sont âgés entre 28 et 39 ans, sont mariés ou en union de fait (tous cohabitent ensemble depuis trois à six ans et demi) et possèdent un niveau élevé d'éducation. Un seul couple était immigrant.

4.2. Thèmes, catégories et sous-catégories

Le Tableau 2 identifie les thèmes ainsi que le nombre de catégories et de sous-catégories ressorties pour chacun suite à l'analyse des verbatims. Seul le premier thème, soit celui de l'expérience sexopérinatale comprenant quatre catégories (soit grossesse, accouchement, après la grossesse et moyens d'adaptation) et 12 sous-catégories, sera approfondi dans cet article. Dans les extraits de verbatim présentés, le « I » correspond à l'interviewer, le « H » à l'homme et le « F » à la femme. Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de couples qui ont endossé les éléments décrits.

Catégorie 1 : Grossesse

La première catégorie regroupe tous les éléments du discours concernant la sexualité pendant la grossesse et possède quatre sous-catégories.

Les expériences sexopérinatales sont variables : deux couples ont vécu peu ou pas de changement d'ordre sexuel ; un couple a vécu une bonne expérience, même si la sexualité était différente ; un couple a bien vécu les changements, malgré la diminution de la libido pour la femme ; et un couple a affirmé que la sexualité « a continué ». Pour trois couples, la fréquence des relations sexuelles a diminué au début, puis est revenue comme avant au milieu de la grossesse pour diminuer de nouveau à la fin.

Le désir sexuel varie en fonction des couples. Un couple a vécu une diminution de la libido féminine tout le long de la grossesse : *H1 : Pis avec nous autres ça a vraiment été comme libido non existante donc…* Pour deux autres couples, le désir a été relativement stable durant la grossesse chez l'homme et la femme, même si le désir féminin était plus

faible qu'avant la grossesse. Un des hommes a même été surpris que sa partenaire ne vive pas une si grande perte de désir : « *H3: Non. Ça j'ai aimé, j'ai apprécié ça, j'ai été surpris. J'sais pas pourquoi là ! / F3 : Ben parce qu'y'a des femmes qui veulent pu après. / H3 : J'imagine, t'entends toutes sortes d'affaires là, je sais pas, pis non, c'était pas un problème, fantastique…* » Pour un autre couple, les deux partenaires ont ressenti une baisse de désir à la fin de la grossesse à cause d'un effet domino de la perte du désir féminin sur le désir masculin. Enfin, un autre couple a vécu une diminution du désir féminin en début de grossesse, suivie d'une reprise à la mi-grossesse.

Plusieurs facteurs physiologiques affectant la sexualité ont été soulevés dans les témoignages : fatigue (4) ; inconforts (3) ; contraintes physiques (3) ; douleurs (2) ; nausées (2) ; insomnie (2) ; manque de lubrification (2) ; poids et volume de l'abdomen (2) ; changement hormonal (1) ; sensations physiques différentes (1) ; constipation et sentiment d'être « pognée » dans son corps (1) ; et changements physiques généraux (1). Une femme résume ainsi l'impact des facteurs physiologiques sur la sexualité : « *F5 : Et vers la fin, c'est surtout sur le plan physique, parce qu'on peut en avoir envie, mais physiquement, ne pas être capable de le faire.* »

D'un autre côté, des facteurs psychologiques affectant la sexualité ont aussi été soulevés : le stress (1) ; le fait qu'il se passe plusieurs choses en même temps (1) ; l'homme ne veut pas faire mal à femme (1) ; la femme est considérée comme une mère (1) ; et le retrait préventif à 3 mois qui a fait diminué l'estime de soi de la femme qui a, à son tour, influencé la sexualité à la baisse (1). Dans le même ordre d'idées, bien que deux couples ont indiqué qu'ils n'avaient pas de peur, un couple a spécifié que la peur de faire mal au bébé, en début de grossesse, ainsi que la peur d'affecter la grossesse (de faire une fausse-couche) et la peur d'un accouchement prématuré ont ralenti leurs ardeurs sexuelles pendant la grossesse.

De plus, certaines femmes ont vécu des blocages psychologiques envers la sexualité. Une femme a dit ne pas se sentir seule dans son corps et elle sentait qu'ils étaient trois lors des relations sexuelles (elle, son partenaire et son bébé), ce qui lui a enlevé l'envie. Une autre a abondé dans le même sens : « *F4 : Pis j'étais comme, je sais pas si c'est tant la position qu'ça que le, le fait de... penser, de savoir… de… de… de savoir qu'y'a quelqu'un, c'est comme si on était trois. Tsé trouver une position, être confortable, c'est une chose, pis être inconfortable mentalement c'est d'autre chose.* » Enfin, une autre femme a indiqué que le ventre entre les deux partenaires l'inhibait en matière de sexualité.

Plusieurs changements dans les pratiques sexuelles ont eu lieu. Deux couples ont changé leurs positions sexuelles, un couple rapporte moins d'ardeur dans ses pratiques sexuelles et un autre rapporte plus de préliminaires. Un couple a opté pour d'autres activités de plaisir que le coït tandis qu'un autre a rapporté moins de sexe oral. Une femme a toutefois indiqué qu'elle pratiquait davantage la fellation pour pallier au manque de sexualité, évitant ainsi de se culpabiliser.

À la fin de la grossesse, particulièrement dans le dernier mois, la sexualité a varié en fonction des couples. Pour trois d'entre eux, la sexualité a été utilisée pour déclencher le travail, sans résultat. Un autre couple a noté une diminution de la spontanéité, tandis que deux couples ont remarqué une baisse de la sexualité et un autre a parlé de difficulté en matière de confort. Pour un couple, toutefois, la sexualité est redevenue « normale » ; la femme a même rapporté plus de plaisir physique et de désir.

Encore une fois, le niveau d'intimité dans le couple varie passablement. Tandis qu'un couple a affirmé vivre autant d'intimité, deux couples ont vécu plus d'intimité et un autre en a vécu un peu moins.

Un couple a souligné la réaction positive du partenaire masculin face aux changements vécus, réaction empreinte de compréhension : « *H1 : Ben écoute là je, j'peux pas moins l'aimer ou quoi que ce soit. Ça a bien été honnêtement là euh. Tsé tu peux comprendre…* » Ce même couple a toutefois précisé qu'il ne s'attendait pas à l'ampleur des changements vécus : « *H1 :… je sais pas, on dirait que l'image préconçue que moi j'avais c'était pas ça. J'veux dire, euh, j'm'attendais à une baisse mais pas en terme de, pas une grande différence comme ça. C'est plus à ça que je m'attendais pas.* »

Catégorie 2 : Accouchement

La deuxième catégorie émanant des discours des couples concerne les expériences d'accouchement, comprenant deux sous-catégories.

Les expériences d'accouchement ont été tantôt positives, tantôt négatives. Pour deux couples qui ont accouché sans intervention médicale, l'accouchement a été vu positivement. Pour deux autres couples, toutefois, l'accouchement a plutôt été considéré comme une expérience négative. L'un deux a vécu un accouchement difficile : après deux semaines de retard, une induction qui n'a pas fonctionné a cédé la place à une césarienne. Chez l'autre couple, la femme a vécu une déchirure péri-urétrale, mais n'a pas été mise au courant de la situation, ni à l'hôpital lors des points de suture, ni lors de ses suivis postnataux. Ayant de vives douleurs au périnée dans les semaines suivant l'accouchement et se questionnant donc sur son état, elle a dû faire venir par elle-même son dossier médical plusieurs semaines après l'accouchement pour apprendre enfin sont type de déchirure et la raison de ses douleurs.

Pour ce qui est des suivis et des lieux d'accouchement, le portrait est diversifié. Un couple a été suivi au Québec, trois en Ontario et l'autre a été suivi dans les deux provinces successivement. Dans les cinq cas, les femmes ont accouché avec un obstétriciens-

gynécologue en Ontario, même si l'une d'entre elles a été suivie par une sage-femme pendant la grossesse.

L'une des cinq femmes a mentionné qu'elle avait été excisée ; quand elle a partagé sa situation avec les professionnels de la santé, on lui a dit que cela pouvait créer des complications à l'accouchement, sans toutefois donner plus de précision. Comme le couple n'était pas plus à l'aise que les professionnels de poser davantage de questions et que le sujet est considéré tabou au Canada, la seule information que le couple a obtenue concernait l'interdiction de recoudre les lèvres vaginales selon les lignes directrices canadiennes de santé.

Catégorie 3 : Après la grossesse

Une troisième catégorie englobe les éléments reliés à la sexualité après la grossesse, avec un total de quatre sous-catégories distinctes.

Le postpartum immédiat est considéré par tous les couples comme une période temporaire où il n'y a pas de sexualité, comme le souligne l'extrait suivant : « *F5 : Après la grossesse, c'était pratiquement l'abstinence ! (rires)* ». Par la suite, il y a eu un retour variable et graduel à la sexualité. Pour un couple, la sexualité « normale » n'est pas revenue avant 12 mois postpartum, tandis que pour un autre couple, les relations sexuelles ont été reprises rapidement, malgré des débuts infructueux. Un autre couple a mentionné une reprise des relations sexuelles à trois semaines postpartum, ce qui a semblé long pour l'homme, suivie d'une reprise plus active à six mois postpartum : « *H3 :… c'était quand ? J'pense que ça a pris 4 semaines, 6 semaines, 5 semaines là. / F3 : Ça a pris 3 semaines. / H3 : Ah ouais ? / F3 : Ouais. / H3 : Ça avait l'air long ! (rires).* » Un autre couple a indiqué qu'ils ont vécu plusieurs ratées avant de vivre des relations sexuelles satisfaisantes, comblant la

femme de joie quand cela a fonctionné à son goût. Enfin, un couple a vécu une reprise graduelle des relations sexuelles.

Lors de la reprise des relations sexuelles, un couple a opté pour le condom comme moyen de contraception, prévoyant passer éventuellement à la pilule contraceptive, tandis qu'un autre a opté pour le stérilet. Les autres n'ont pas mentionné leur moyen de contraception.

Le retour à une sexualité dite « normale » varie selon les couples : un couple a spécifié que la sexualité n'est jamais revenue comme avant la grossesse, un autre a parlé de retour à la normale « modifié », un autre a spécifié que la sexualité était différente, et les deux autres couples ont mentionné que tout était redevenu comme avant la grossesse avec le temps. Pour un de ces deux derniers couples, la sexualité est même considérée meilleure qu'avant.

Tout comme pendant la grossesse, divers facteurs physiologiques ont affecté la sexualité et son retour : la fatigue (3) ; le manque de sommeil (3) ; les sensations intérieures différentes (1) ; les sensations physiques différentes (1) ; les lochies/saignements (1) ; le co-dodo (1) ; et le retour des règles qui, selon une participante, a aidé à la libido (1). Trois femmes ont également mentionné que le type d'accouchement avait un impact direct sur la sexualité postnatale ; chaque accouchement demande une adaptation unique. Enfin, la douleur a aussi été invoquée comme obstacle à la sexualité, que ce soit la douleur reliée à un tendon étiré (1), à la cicatrice de césarienne (1) ou à une déchirure péri-urétrale (1).

Encore une fois, des facteurs psychologiques affectant la sexualité et son retour ont été identifiés: priorisation des autres besoins que la sexualité, dont le bébé (1) ; présence d'une 3^{e} personne (1) ; peur que la déchirure s'ouvre (1) ; peur pour la cicatrice de césarienne (1) ; temps requis pour la guérison suite à la césarienne (1) ; et le stress (1). Deux

femmes ont particulièrement mentionné leur sentiment de monopolisation physique et psychologique par le bébé, limitant ainsi leurs interactions intimes et sexuelles avec leur partenaire. Un couple a mentionné que la gestion des soins du bébé et les apprentissages nécessaires pour les lui donner ont nui à la sexualité, tout comme le retour au travail et l'installation de la routine. Enfin, deux femmes ont indiqué se sentir comblées par le contact physique constant avec bébé, surtout lors de l'allaitement, et que cela engendrait moins d'affection physique donnée au partenaire, qui s'est senti un peu délaissé durant les premiers mois.

Les premiers mois postnataux ont été caractérisés par plus d'intimité chez l'un des couples. En outre, une gestion différente du « temps sexuel » a été soulevée par plusieurs, comprenant les éléments suivants : diminution de la spontanéité (2) ; moins d'opportunités sexuelles (1) ; besoin de trouver du temps et de planifier la sexualité (1) ; difficulté à trouver du temps de qualité pour le couple (1). L'extrait suivant en est un exemple : « *F2 : Moins de spontanéité, plus planifié. Euh… On a déjà mis le cadran ! / H2 : C'est vrai ! [rires des 2]* »

Plusieurs considérations sexuelles liées à l'allaitement ont été relevées par les couples. Pour deux couples, la fin de l'allaitement a permis un retour à la sexualité. Aussi, un homme a affirmé qu'allaiter correspondait à un sacrifice temporaire de la sexualité. De plus, un inconfort psychologique avec les seins a été soulevé par plusieurs pour diverses raisons : les seins appartiennent uniquement à bébé de part leur nouvelle fonction temporaire (2) ; et il y a sur-stimulation des seins (1). Une femme a même interdit à son partenaire de toucher à ses mamelons pour éviter un sentiment étrange (« *weird feeling* »). Une femme a fait mention d'une douleur physique aux seins, une autre a parlé de l'impact des hormones de l'allaitement sur son humeur et une dernière a mentionné un impact négatif de l'allaitement sur ses seins : « *F5 : … je vois que mes deux, mes seins sont relativement retombés, c'est,*

c'est plus embêtant, mais que, des fois je… disons, un, un tout petit peu en deuil. (rires de I et F5) Au niveau physique. » En outre, un couple a dit craindre le réflexe d'éjection de lait lors des relations sexuelles, alors qu'un autre a plutôt trouvé le phénomène drôle. En matière de lubrification, un couple a trouvé que l'allaitement n'avait pas eu d'effet réels, même s'ils ont utilisé un peu de lubrifiant dans les premiers temps sans que cela soit problématique, alors qu'un autre a clairement vécu un manque de lubrification lors de l'allaitement.

Le désir sexuel, pour sa part, varie encore une fois en fonction des couples. Un couple a précisé que les deux premiers mois postnataux ont modifié négativement le désir et le plaisir de la femme ; cette même femme a toutefois fait des efforts pour pratiquer la pénétration vaginale. Dans ce même couple, l'homme a précisé que son désir ainsi que l'importance qu'il accordait à la sexualité ont significativement diminué dans les premiers mois. Un autre couple a avoué vivre des difficultés à coordonner les deux désirs des partenaires.

Plusieurs réactions positives du partenaire ont été mentionnées par les couples face à la modification de la sexualité postnatale : l'homme était compréhensif et respectueux (3) ; il n'a pas exercé de pression (2) ; il s'ajustait au rythme de la femme (1) ; l'homme se dit que ça va passer (1) ; et il y a un certain temps à respecter (1).

La période postnatale est caractérisée par plusieurs couples comme un moment de changements, d'ajustements et d'adaptation temporaire en matière de sexualité tout comme en général, comme le souligne l'extrait suivant : « *F2 : Y faut juste apprendre à […] accepter le changement en général, apprendre à accepter le changement avec ça aussi. Comme tout avec un bébé, finalement. Apprendre à accepter le chaos des fois, pis apprendre à accepter [rires] toutes les modifications que ça peut amener.* »

Enfin, le sujet d'une nouvelle grossesse a été soulevé par certains couples : un couple a précisé qu'il referait des cours prénataux abrégés si cela arrivait, deux couples s'attendent à une expérience semblable lors d'une prochaine grossesse et une autre femme qui était déjà redevenue enceinte anticipait la douleur post-accouchement pour cette nouvelle grossesse.

Catégorie 4 : Moyens d'adaptation

La dernière catégorie concerne les moyens utilisés par les couples pour s'adapter à une sexualité en changement, regroupant deux sous-catégories.

Les couples interrogés ont tous soulevé l'importance de s'ajuster et de s'adapter à une nouvelle sexualité différente et à une nouvelle vie en général. Selon deux couples, une adaptation graduelle est nécessaire en matière de sexualité, comme dans la vie en général : « *F2 : … on a dû ajuster la sexualité, mais la vie en général là.* »

Dans tous les cas, l'adaptation sexuelle se fait principalement par la communication dans le couple. Plusieurs extraits ont mentionné l'importance de cet élément clé, dont le suivant : « *F3 : Si t'en parle pas, si l'homme est pas au courant, si y'a pas de communication, c'est la mort ! Là, ça c'est sûr. / H3 : Yeah. / I : Ok. / F3 : Si y'a de la communication, c'est différent.* » Évidemment, la communication n'est pas toujours parfaite dans le couple, mais elle reste importante à privilégier : « *F2 : Tsé la communication est pas toujours parfaite. Tsé des fois on est fatigués. / H2 : Non, non, évidemment. / F2 : Pis la conversation est… / H2 : On s'est déjà engueulés. / F2 : Oui, pas rien de dramatique. / H2 : Non. / F2 : C'est comme… / H2 : Ça fait partie de la vie. / F2 : Ouais ouais ouais. / H2 : Mais on s'est toujours beaucoup parlé sans… / F2 : Toujours beaucoup parlé, même si des fois c'est pas la conversation idéale, finalement on la reprenait plus tard.* »

Parallèlement, d'autres éléments contribuant à l'adaptation sexuelle des couples ont été soulevés : l'importance de l'ouverture dans le couple (2) (« *F2 : … on a toujours été très*

ouverts sur euh, sur la sexualité pis on s'en est parlé dès le début… ») ; l'humour (1) (« *H1 : … pis j'pense qu'on utilise beaucoup d'humour.* ») ; la gestion et l'apprentissage en couple (1) ; l'importance de retrouver du temps de couple (1) ; et une approche « zen » de la femme qui écoute son corps et qui ne se met pas de pression (1).

5. Discussion

Cet article a permis de dresser un portrait qualitatif du vécu sexopérinatal de cinq couples parentaux franco-ontariens. Que ce soit pendant la grossesse ou en période postnatale, la variation dans les expériences sexopérinatales est flagrante : des expériences positives côtoient des expériences négatives, d'autres vivant plutôt un mélange des deux ou une certaine stabilité. Chaque histoire est unique à chaque couple et chaque modification sexuelle rencontrée est interprétée et vécue différemment. Ce portrait diversifié reflète bien la variabilité toute particulière et typique des expériences sexopérinatales des couples mentionnée dans diverses études antérieures dans le domaine [7,9,11-14,18,20,23-25]. L'expérience sexopérinatale n'est donc pas singulière ; elle se décline en fonction de la vision de chacun des deux partenaires, des couples, des événements et des contextes.

Malgré tout, certains éléments dans les discours analysés font écho à des composantes sexuelles communes et typiquement bouleversées lors de la transition à la parentalité des couples d'ici et d'ailleurs. Ces éléments récurrents d'ordre intime et sexuel sont particulièrement affectés lors de cette transition et demandent de la part des couples parentaux des ajustements et des adaptations notables. Par exemple, plusieurs femmes ont abordé leur baisse de désir pendant et après la grossesse, variable sexuelle qui se détériore souvent pendant ces périodes [7,9,11,13,18,20,24]. La baisse prononcée des activités sexuelles à la fin de la grossesse est aussi un phénomène courant corroboré par plusieurs études [7,11,14,18,20], tout comme la période temporaire postnatale où il y a absence de

sexualité, notamment pour laisser le temps au processus naturel de rétablissement du corps de la femme et pour favoriser un moment d'ajustement à la nouvelle triade, suivie d'une reprise graduelle et variable des activités sexuelles [8,12,13,20,24,25]. Un autre thème récurrent dans la modification de la sexualité périnatale concerne la panoplie de facteurs psychologiques et physiologiques (p.ex. : peurs, stress, fatigue, inconforts, allaitement) qui affectent négativement la sexualité pendant et après la grossesse et qui viennent par le fait même moduler la relation de couple en distanciant à différents degrés les partenaires au plan intime et sexuel [7,9,11,12,14,18,20,25]. Enfin, la douleur sexuelle en période postnatale est centrale et typique à de nombreux discours et semble liée au type d'accouchement (p.ex. accouchement difficile, césarienne) et à ses conséquences (déchirures et/ou lacérations en tant que séquelles de l'accouchement), ce qui converge encore une fois avec plusieurs écrits dans le domaine [8,23-25].

Peu importe le vécu spécifique, la sexualité périnatale demande des changements, des ajustements et des adaptations temporaires, comme dans la plupart des aspects de la vie courante des couples parentaux pendant la transition à la parentalité. Notre échantillon l'a clairement laissé entendre : les comportements et activités d'ordre sexuel changent, les facteurs qui bouleversent la sexualité se multiplient et les aspects concernant le couple se modifient et prennent de l'importance, les poussant alors à développer des moyens d'adaptation en matière de sexualité. Durant cette transition, chaque conjoint endosse un nouveau rôle psycho-socio-sexuel qui affecte d'une façon ou d'une autre son intimité et sa sexualité : le rôle de parent. Ce nouveau rôle parent qui s'ajoute aux rôles de partenaire conjugal et de partenaire sexuel tend à éclipser ces deux rôles à différents degrés et d'une façon généralement temporaire dans le but bienfondé de favoriser le nouvel ajout à la famille, l'enfant. Pour rester un couple soudé et connecté composant la base solide de la

famille, ce dernier doit donc intégrer individuellement et en synchronie le rôle de parent à la base de leur identité personnelle et de couple. Ce conflit de rôle temporaire doit être géré individuellement par chacun des partenaires pour faciliter l'intégration d'un 3^{e} rôle. De plus, le conflit de rôle doit aussi être parallèlement géré et négocié en couple pour favoriser l'alignement et la congruence des nouvelles identités plus complexes de chacun. Pendant ce temps d'intégration, c'est le rôle de partenaire sexuel, qui englobe l'intimité et la sexualité, qui constitue l'aspect le plus vulnérable, comme l'a déjà souligné Cowan et Cowan (1992) [41] ainsi que Polomeno (2014) [17].

Pour contrebalancer le rôle de partenaire sexuel qui tend à perdre du terrain, les futurs et nouveaux parents accordent une importance au rôle de partenaire conjugal ; le couple doit rester un couple. Même si la sexualité fluctue à différents degrés, le lien du couple est priorisé par tous pour traverser ensemble ce moment de chamboulements. Malgré les difficultés rencontrées dans la gestion de la sexualité et du couple, notre échantillon a réaffirmé l'importance du maintien de la relation de couple en période périnatale, thème aussi récurrent dans la littérature sexopérinatale [9,11,12,14,20]. Le soutien et la compréhension réciproque entre conjoints sont des moyens d'adaptation essentiels pour que le couple conserve son lien conjugal et relationnel pendant les perturbations sexuelles périnatales. La communication est un élément primordial pour faciliter de telles adaptations; c'est en partageant émotions, vécus et insatisfactions que le couple peut mieux s'adapter, notamment au plan relationnel et sexuel. Les nombreuses interactions entre les partenaires lors des entrevues ont démontré que les partenaires connaissaient leurs vécus réciproques et les sentiments de l'autre, chacun complétant les idées et les dires ; la communication est donc clairement un élément clé qui permet aux couples de rester des couples malgré les bouleversements sexuels vécus.

En explorant en profondeur le vécu sexopérinatal des couples parentaux franco-ontariens, cette étude contribue directement au développement du portrait sexopérinatal canadien, qui est encore très restreint, et à celui d'ordre international, qui reste malgré tout aussi limité. Le portrait du vécu sexopérinatal obtenu à partir de l'échantillon de cette étude s'ajoute au visage diversifié de l'intimité et de la sexualité périnatale contemporaine. Même si le vécu sexopérinatal est unique à chaque couple, certains éléments récurrents sont détectables ; peu importe le vécu, il est donc temps de reconnaître que la sexualité des couples est affectée d'une façon ou d'une autre par la transition à la parentalité et d'intervenir dans le domaine pour favoriser une transition positive. La sexualité périnatale est un sujet quasi-universel trop peu étudié et considéré encore tabou, malgré les changements de plus en plus documentés des couples qui s'aventurent régulièrement dans la transition à la parentalité. Quand la place est laissée aux couples pour parler de sexualité, l'importance qu'ils y accordent est flagrante, démontrant ainsi que le sujet mérite une attention particulière. Le couple est un des piliers fondamentaux de la famille et l'intimité et la sexualité constituent à leur tout des piliers fondamentaux du couple. De plus, cette étude contribue également au développement des connaissances sur les franco-ontariens, population unique qui a très peu (voire à peine) été explorée en matière de sexualité et encore moins en matière de sexualité périnatale. Cette étude a permis d'en connaître un peu plus sur les couples parentaux et les familles franco-ontariennes, leur permettant de sortir un peu de l'ombre de la recherche.

Cette étude comporte certaines forces et limites qu'il est important de souligner. D'abord, cette recherche est unique et innovatrice de par son sujet qui correspond à un domaine négligé en santé et en santé sexuelle, la sexopérinatalité, et sa population visée unique méconnue en santé et en santé sexuelle, les franco-ontariens. Cette étude est donc une

des premières à conjuguer ces deux domaines innovateurs et originaux. De plus, un l'échantillon restreint qui a accepté de faire des entrevues complémentaires n'est pas nécessairement représentatif de tous les couples parentaux franco-ontariens. Toutefois, l'emphase de cette partie qualitative était mise sur la description approfondie des expériences sexopérinatales, ce qui a été réalisé. En outre, considérant que la sexualité en général, et encore plus la sexualité périnatale, sont des sujets encore tabous et des plus sensibles à aborder en recherche [42,43], le partage intime de l'expérience, au peu soit-il, doit être reconnu à sa juste valeur pour l'avancement des connaissances dans le domaine. Une multitude de variables intimes et sexuelles ont été discutées lors des entrevues, ce qui apporte une nouvelle richesse aux connaissances dans le domaine. Pour sa part, l'utilisation d'entrevues de couple a pu freiner la participation de certains, plusieurs préférant l'anonymat et la confidentialité des questionnaires en ligne. Toutefois, les entrevues sont appropriées quand un sujet de recherche est d'ordre relationnel et inclut les deux membres du couple qui vivent simultanément et ensemble une expérience commune et partagée, bien qu'elle puisse être différente pour chacun [36-39], ce qui est le cas de l'intimité et de la sexualité sexopérinatale. L'échantillon de convenance recruté peut cependant avoir encouragé les couples plus heureux à parler de leur sexualité que ceux vivant d'importantes problématiques. Par conséquent, le portrait ici tracé des couples interrogés en entrevue est possiblement plus positif que le portrait réel. Enfin, un biais de rappel a pu modifier les données obtenues : l'entrevue a été faite entre six et douze mois après l'accouchement et les questions portaient sur l'expérience des couples pendant la grossesse et dans les mois suivants postnataux, ce qui a pu biaiser la mémoire des participants. Ce délai rentre toutefois dans les normes des études précédentes [13,20,44-46].

En fonction de résultats de cette étude qualitative, certains éléments de réflexion peuvent être émis. Les études sur la sexualité périnatale, notamment celles qui incluent les couples (et pas seulement les femmes) et celles qui offrent un devis mixte, doivent se poursuivre pour obtenir un meilleur portrait global de la situation sexopérinatale et ce, d'abord au Canada, puis à l'international. Ces études pourront démystifier davantage ce sujet complexe et ainsi permettre ultimement de mieux éduquer, sensibiliser, rassurer et aider les couples de futurs et nouveaux parents qui peuvent vivre ou qui vivent de tels changements. Ces études pourront aussi contribuer à la sensibilisation des différents professionnels de santé impliqués en périnatalité (obstétriciens-gynécologues, médecins de famille, infirmières, sages-femmes et éducateurs périnataux) et ainsi leur permettre de mieux répondre aux besoins des couples parentaux dans le cadre des consultations et suivis professionnels périnataux. Il serait aussi profitable, avec les résultats des futures études dans le domaine, d'enrichir simultanément la formation de ces professionnels dans le domaine sexopérinatal, que ce soit dans leur formation initiale, continue ou en milieu de travail, afin de faciliter leurs interactions dans le domaine sexuel avec les parents.

6. Conclusion

Les vécus en matière de sexualité périnatale des couples parentaux franco-ontariens sont variés et uniques à chaque couple, mais certains éléments récurrents démontrent que comme la plupart des couples en transition à la parentalité, des fluctuations en matière d'intimité et de sexualité à différents degrés semblent inévitables. Souvent peu préparés et pris au dépourvu devant de tels changements, plusieurs couples ont besoin d'informations, de conseils et de soutien dans le domaine et les professionnels de la santé impliqués en périnatalité sont les mieux placés pour y répondre, en tenant compte de l'individualité de chaque expérience. Par le fait même, la santé sexuelle périnatale devrait être considérée

comme une composante fondamentale de la santé et être incluse dans un suivi holistique de soins de santé périnataux [10,16,19,43]. La santé sexuelle en période périnatale est un des piliers fondamentaux du couple et par le fait même de leur famille ; aider et soutenir les couples en matière de sexualité lors de la transition à la parentalité contribue donc au bien-être sexuel général des individus et favorise aussi la santé et le bien-être du couple, de l'enfant, de la famille et, par extension, de la société [10,16,43].

Conflits d'intérêts :
aucun

Remerciements :
Remerciements aux organismes subventionnaires pour cette recherche : 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] Dupras A. L'avenir de la sexologie. Sexologies 2010;19(2):99-103.

[2] Dupras A. La professionnalisation de la sexologie au Québec. Sexologies 2006;15(1):58-64.

[3] Giami A, Pacey S. Training health professionals in sexuality. Sexual and Relationship Therapy 2006;21(3):267-271.

[4] Organisation Mondiale de la Santé, OMS. Santé sexuelle et reproductive ; Compétences de base en soins primaires. 2012. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf.

[5] Organisation Mondiale de la Santé, OMS. Defining sexual health. 2006. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_-health/defining_sexual_health.pdf.

[6] Polomeno V. The Polomeno Family Intervention framework for perinatal education: Preparing couples for the transition to parenthood. The Journal of Perinatal Education 2000;9(1):31-48.

[7] Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 2000;107(8):964-968.

[8] Chivers ML, Pittini R, Grigoriadis S, Villegas L, Ross LE. The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: A pilot study. Journal of Sexual Medicine 2011;8(3):792-799.

[9] 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, QC : Remue-Ménage; 2014 : 137-158.

[10] de Pierrepont C, Polomeno V. Rôle du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2014;42(7-8):507-514.

[11] Moodley J, Khedun SM. Sexual activity during pregnancy: A questionnaire-based study. Southern African Journal of Epidemiology and Infection 2011;26(1):33-35.

[12] Sauvestre-Foucault C. Sexualité du post-partum – Evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels [thèse]. Paris, France : Université de Paris Descartes; 2011. p. 1-92.

[13] van Anders SM, Hipp LE, Low LK. Exploring co-parent experiences of sexuality in the first 3 months after birth. Journal of Sexual Medicine 2013;10(8):1988-1999.

[14] Yangin HB, Eroglu K. Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in southwestern Turkey: A qualitative study. Journal of Sex & Marital Therapy 2011;37(3):190-205.

[15] Polomeno V. Sex and babies: Pregnant couples's postnatal sexual concerns. The Journal of Perinatal Education 1999;8(4):9-18.

[16] Polomeno V. Sex and pregnancy: A perinatal educators' guide. The Journal of Perinatal Education 2000;9(4):15-27.

[17] Polomeno V. A couples approach to the teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood. International Journal of Childbirth Education 2014;29(1):78-85.

[18] Fok WY, Chan LYS, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2005;84(10):934-938.

[19] Von Sydow K. Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. Journal of Psychosomatic Research 1999;47(1):27-49.

[20] Reichenbach S, Alla F, Lorson J. Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse : Une étude pilote portant sur 72 hommes. Sexologies 2001;11(42):1-6.

[21] Agence de Santé Publique du Canada, ASPC. Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. 2009. Available from: http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php.

[22] Adams WJ. Sexuality and happiness ratings of husbands and wives in relation to first and second pregnancies. Journal of Family Psychology 1988;2(1):67-81.

[23] Cappell JP. A biopsychosocial approach to persistent postpartum pain and postpartum sexual function [thèse]. Kingston, Canada : Queen University ; 2014. p. 1-191.

[24] Klein MC, Kaczorowski J, Firoz T, Hubinette M, Jorgensen S, et al. A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and caesarean births. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada 2005;27(4):313-320.

[25] Rowland M, Foxcroft L, Hopman WM, Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. Canadian Family Physician 2005;51(10):1367.

[26] Moreau D, Polomeno V, Tourigny J, Soulière M, Lafontaine MF, et al. Portrait et déterminants de la santé de familles francophones en situation minoritaire qui donnent naissance dans la région d'Ottawa. Proceedings of the Conferences Programme d'excellence professionnel (PEP) du Consortium national de formation en santé – Volet Université d'Ottawa, 2013 April ; Ottawa.

[27] Office des affaires francophones de l'Ontario, OFA. Les francophones de l'Ontario - Données du recensement de 2011 selon la Définition inclusive de francophone (DIF). 2014. Available from: www.ofa.gov.on.ca/fr/franco-stats.html.

[28] Benoit M, Bouchard L, Leis A, Garceau ML. Les inégalités sociales de santé affectant les communautés francophones en situation minoritaire au Canada. Reflets : Revue d'Intervention Sociale et Communautaire 2012;18(2):10-18.

[29] Bouchard L, Beaulieu M, Desmeules M. L'offre active de services de santé en français en Ontario : une mesure d'équité. Reflets : Revue d'Intervention Sociale et Communautaire 2012;18(2):38-65.

[30] Bouchard L, Desmeules M. Les minorités linguistiques du Canada et la santé. Healthcare Policy 2013;9(special):38-47.

[31] Yin RK. Applications of case study research. 3rd ed. CA: SAGE; 2012.

[32] Yin RK. Case study research ; Design and methods. 4th ed. CA: SAGE; 2009.

[33] Creswell JW. Research Design; Qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 3th ed. CA: SAGE; 2009.

[34] Corbeil JP, Lafrenière S. Portrait des minorités de langue officielle au Canada : Les francophones de l'Ontario. 2010. Available from: http://www.statcan.gc.ca/pub/89-642-x/89-642-x2010001-fra.pdf.

[35] Forgues E, Landry R. L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire – Rapport final. 2014. Available from: http://www.santefrancais.ca/enquete.

[36] Arksey H. Collecting data through joint interviews. Social Research Update 1996; Hiver(15).

[37] Bjornholt M, Farstad GR. 'Am I rambling?' on the advantages of interviewing couples together. Qualitative Research 2014;14(1):3-19.

[38] Morris SM. Joint and individual interviewing in the context of cancer. Qualitative Health Research 2001;11(4):553-567.

[39] Taylor B, de Vocht H. Interviewing separately or as couples? Considerations of authenticity of method. Qualitative Health Research 2011;21(11):1576-1587.

[40] L'Écuyer R. Méthodologie de l'analyse développementale de contenu – Méthode GOS et Concept de soi. QC: Presses de l'Université du Québec; 1990.

[41] Cowan CP, Cowan PA. When partners become parents. New York, NY: Basic Books; 1992.

[42] Lee RM. Doing research on sensitive topics. London, CA: SAGE Publications; 1993.

[43] Polomeno V, Dubeau D. La sexopérinatalité : où en sommes-nous ? Infirmière Clinicienne 2009;6:20-24.

[44] Erenel AS, Eroglu K, Vural G, Dilbaz B. A pilot study: In what ways do women in Turkey experience a change in their sexuality during pregnancy? Sexuality and Disabilities 2011;29(3):207-216.

[45] Sacomori C, Cardoso FL. Sexual initiative and intercourse behaviour during pregnancy among Brazilian women : A retrospective study. Journal of Sex & Marital Therapy 2010;36(2):124-136.

[46] Hipp LE, Low LK, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. Journal of Sexual Medicine 2012;9(9):2330-2341.

Tableau 1 : Profil sociodémographique des participants

	Femmes N=5	Hommes N=5	Ensemble N=10
Âge			
- 28-33 ans	4	2	6
- 34-39 ans	1	3	4
Né(e) au Canada	4	4	8
Origine ethnique canadienne	4	4	8
Statut civil			
- Marié(e)	-	-	6
- Union de fait			4
Niveau d'éducation complété			
- Études universitaires (baccalauréat)	3	3	6
- Études supérieures (2e cycle, maîtrise, doctorat, post-doctorat)	2	2	4
Revenu familial			
- 60-79 999$			2
- 80-99 999$	-	-	2
- 100 000$ et plus			4
- Ne sais pas/Préfère ne pas répondre			2
Confession religieuse			
- Catholique romaine	-	-	8
- Aucune religion			2
Langue comprise			
- Français	5	5	10
- Anglais	4	4	8
- Autre	1	1	2
Langue maternelle : Français	5	5	10
Langue préférée pour services de santé : Français	5	5	10
Langue utilisée dans les services de santé			
- Français	5	3	8
- Anglais	-	2	2

Tableau 2 : Thèmes, catégories et sous-catégories

Thèmes	Catégories et sous-catégories
1. Expérience sexopérinatale	4 catégories et 12 sous-catégories : 1. Grossesse 1.1. Comportements et activités sexuelles 1.2. Facteurs affectant la sexualité 1.3. Aspects concernant le couple 1.4. Biais de rappel 2. Accouchement 2.1. Variabilité des vécus 2.2. Situation culturelle particulière 3. Après la grossesse 3.1. Comportements et activités sexuelles 3.2. Facteurs affectant la sexualité 3.3. Aspects concernant le couple 3.4. Considérations futures 4. Moyens d'adaptation 4.1. Adaptation générale 4.2. Approches spécifiques d'adaptation
2. Services sexopérinataux	3 catégories et 7 sous-catégories : 1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale 1.1. Ressources personnelles et relationnelles 1.2. Ressources professionnelles 1.3. Ressources littéraires 2. Peu ou pas d'informations disponibles sur la sexualité, encore moins pour les pères 2.1. Manque d'informations 2.2. Qualité des informations 3. Langue des suivis 3.1. Suivi francophone 3.2. Malgré le bilinguisme, le français est préféré
3. Besoins sexopérinataux	3 catégories et 7 sous-catégories : 1. La sexualité périnatale est importante à être abordée, surtout par un professionnel de la santé, mais ce n'est pas évident 1.1. Sujet à aborder 1.2. Difficultés pour l'aborder 2. Besoins envers la sexualité 2.1. Besoin d'information 2.2. Besoin de soutien 2.3. Besoins de ressources 3. Outils souhaités en matière de sexualité 3.1. Outil interactif 3.2. Outils littéraires

Chapitre 7 : Article 4

Réal Allard 6 août 2015 08:30

À : Catherine de Pierrepont

RE : Proposition d'article

Bonjour Madame de Pierrepont,

Je viens vous informer que j'ai bien reçu vos documents. J'en prendrai connaissance et je vous ferai parvenir le formulaire sur l'engagement de l'auteure en temps et lieu.

Merci de votre intérêt pour la revue Minorités linguistiques et société.

Réal Allard

Réal Allard
Directeur/Director
Minorités linguistiques et société/Linguistic Minorities and Society

Courriel/email : real.allard@umoncton.ca
T : (506) 858-4034
M : (506) 863-9918

Titre :
Besoins et services en français en matière de sexopérinatalité chez les couples parentaux franco-ontariens

Title :
Sexoperinatal needs and health care services in French in franco-ontarian parenting couples

Auteures et coordonnées :
- Catherine de Pierrepont, Sexologue (B.A. & M.A., Profil Recherche et Intervention), Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
- Viola Polomeno, Inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa
- Louise Bouchard, Ph.D., Professeure titulaire, Département de Sociologie et Institut de recherche sur la santé des Populations, Université d'Ottawa
- Elke Reissing, Ph.D., C. Psych., Professeure titulaire, École de Psychologie, Université d'Ottawa

Auteure de correspondance :
Catherine de Pierrepont, Sexologue (B.A. & M.A., Profil Recherche et Intervention), Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa

Résumé :
Cet article dévoile un portrait des besoins et des services en français en matière de sexopérinatalité perçus par 67 couples parentaux francophones en situation linguistique minoritaire d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Les couples ont des besoins d'informations et de soutien ; pour eux, la sexualité est importante à être abordée pendant la période périnatale. Toutefois, le sujet est peu discuté avec les professionnels de la santé et très peu de services sexopérinataux en français sont offerts, même s'ils sont souhaités par ces couples. Les discussions sur la sexualité majoritairement en anglais constituent un obstacle supplémentaire pour une majorité des couples.

Mots-clés :
sexualité périnatale, couples parentaux, périnatalité, francophones en situation linguistique minoritaire, services de santé en français

Abstract:
This article presents a portrait of French perinatal sexual needs and services perceived by 67 francophone parenting couples living in a minority linguistic situation in Ottawa and Eastern Ontario. Couples have needs in regard to information and support; sexuality is important for them and needs to be addressed during the perinatal period. However, the subject is not discussed with health care professionals and very few sexoperinatal services are offered in the French language, even if they are desired by these couples. The discussions on sexuality that are carried out mostly in English are an additional obstacle for the majority of couples.

Keywords:

perinatal sexuality, parenting couples, perinatal health, francophones living in a minority linguistic situation, health care services in French

1. Introduction

Les francophones en situation linguistique minoritaire (FSLM) en Ontario constituent une population unique et sous-étudiée en matière de santé et de santé sexuelle, même si elle vit d'importantes disparités et inégalités dans le domaine de la santé en fonction de leur langue. En effet, plusieurs recherches récentes affirment que la langue peut moduler entre autres l'accès, la qualité et la satisfaction envers les services de soins de santé. Les FSLM forment donc une population digne d'intérêt en matière de services de santé en français dans une province majoritairement anglophone, notamment en ce qui concerne les besoins et les services de santé sexuelle et plus particulièrement ceux de santé sexuelle périnatale. Cet article dévoile un premier portrait des besoins et des services en français en matière de sexualité périnatale perçus par 67 couples parentaux FSLM à Ottawa et dans l'Est de l'Ontario. Le portrait de santé des FSLM et le portrait périnatal général des couples parentaux seront d'abord exposés, suivis de la méthodologie utilisée et des résultats concernant les besoins et les services sexopérinataux. Les principaux résultats seront ensuite discutés et des recommandations seront fournies pour répondre aux besoins spécifiques de cette population.

2. Contexte et problématique

Selon les données du recensement canadien de 2011, l'Ontario compte 611 500 francophones, soit 4,8% de la population ontarienne (OFA, 2014), faisant ainsi de l'Ontario la province canadienne avec la plus forte concentration de francophones, hors Québec. Les FSLM en Ontario sont particulièrement concentrés dans la région de l'Est de l'Ontario, dans les régions Est-Champlain et Sud-Est, et 25,2% d'entre eux vivent dans la région d'Ottawa (OFA, 2014). Les FSLM de l'Ontario se distinguent de leurs pairs anglophones par des conditions socio-économiques plus précaires et plus vulnérables qui sont associées à un état de santé plus précaire

(Bouchard & Desmeules, 2013 ; Corbeil & Lafrenière, 2010). Ils présentent aussi un profil de santé unique et différent de la majorité anglophone, caractérisé notamment par une moins bonne perception de leur santé ainsi que des styles de vie et des comportements défavorables à la santé (Bouchard & Desmeules, 2013 ; Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert & Dubois, 2009).

La langue est de plus en plus reconnue comme un important déterminant social de la santé (Bouchard, Beaulieu & Desmeules, 2012 ; Bouchard & Desmeules, 2013 ; Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert & Dubois, 2009). En effet, plusieurs recherches récentes affirment que les barrières linguistiques peuvent nuire à la santé en affectant notamment l'accès aux services, la qualité des soins, la satisfaction des patients et des intervenants, l'efficacité des professionnels et du système de santé ainsi que la communication patient-professionnel (Bouchard, Beaulieu & Desmeules, 2012 ; Bowen, 2001 ; FCFA, 2001 ; Forgues & Landry, 2014). Malgré la Loi ontarienne sur les services de santé en français de 1986 qui a donné un statut égalitaire au français et à l'anglais dans la province, des disparités et des inégalités d'accès aux services de santé à cause de leur langue ont été documentés chez les FSLM en Ontario (Bouchard & Desmeules, 2013 ; Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert & Dubois, 2009).

Les services de santé en français sont non seulement difficilement accessibles, mais ils sont aussi en nombre insuffisant pour les FSLM (FCFA, 2001 ; Forgues & Landry, 2014). Selon Gagnon-Arpin & Bouchard (2011), 30% des FSLM à Ottawa ont affirmé qu'il serait difficile, très difficile ou impossible d'obtenir des services de santé en français, même si 80% reconnaissent l'importance de tels services dans la même région. Il y a aussi un manque important de professionnels de la santé francophones pour desservir les FSLM en Ontario (Corbeil & Lafrenière, 2010 ; Gagnon-Arpin & Bouchard, 2011 ; Forgues & Landry, 2014). Warnke et Bouchard (2013) ont notamment développé l'IPSLOM, un indice comparatif de la disponibilité des professionnels de la santé pouvant offrir des services de santé en langue officielle minoritaire

au Canada, et leur étude a souligné que les FSLM étaient désavantagés dans 13 des 14 régions ontariennes. En outre, d'importantes variations dans les services sont présentes en fonction des régions, l'accessibilité étant inégale et compromise dans bien des cas (FCFA, 2001 ; Forgues & Landry, 2014). Enfin, il y a un manque de coordination des services en français à travers la province ainsi qu'un manque de services de promotion de la santé et de prévention de la maladie (FCFA, 2001 ; Forgues & Landry, 2014).

Selon l'étude exploratoire et descriptive de Lacaze-Masmonteil et collègues (2013) auprès de femmes francophones de l'Alberta et du Nouveau-Brunswick, l'impact de la langue est plus important pendant la période périnatale. Ces auteurs ont clairement souligné que les femmes ont des besoins spécifiques durant cette période et le stress accru à cause d'une incompatibilité linguistique lors des soins périnataux a un impact sur l'accouchement et sur la santé de la mère et du bébé en période postnatale. Si la santé des femmes enceintes est un domaine d'intervention qui devrait être prioritaire en matière de santé pour les FSLM, comme le laisse entendre Lacaze-Masmonteil et collègues (2013), la santé des couples parentaux FSLM, largement tributaire de l'intimité et de la sexualité au sein de ce dernier, doit être explorée. En effet, lors de la transition à la parentalité, les futurs et nouveaux parents vivent une multitude de bouleversements multidimensionnels et simultanés ; c'est une période de transition demandant des ajustements et une adaptation temporaire, surtout en matière d'intimité et de sexualité, aspects les plus affectés et les plus vulnérables (Bartellas, Crane, Daley, Bennett & Hutchens, 2000 ; Chivers, Pittini, Grigoriadis, Villegas & Ross, 2011 ; de Pierrepont & Polomeno, 2014 ; Polomeno, 2000, 2014 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Von Sydow, 1999). Selon ces mêmes études, bien que les expériences sexopérinatales soient uniques à chaque couple, une tendance à la baisse générale et progressive en matière de sexualité est observable pendant la grossesse, avec un déclin prononcé au 3^{e}

trimestre et dans les mois suivants l'accouchement, suivi d'une reprise graduelle à partir du 6e mois postpartum.

Dans ce contexte de fluctuations, une majorité de couples ont besoin d'être informés, soutenus et rassurés par les professionnels de santé par rapport à la sexualité périnatale (Bartellas, Crane, Daley, Bennett & Hutchens, 2000 ; Chivers, Pittini, Grigoriadis, Villegas & Ross, 2011; Fok, Chan & Yuen, 2005 ; Reichenbach, Alla & Lorson, 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011). Toutefois, la sexualité est rarement abordée ou même omise dans les consultations professionnelles pendant et après la grossesse (ASPC, 2009 ; Chivers, Pittini, Grigoriadis, Villegas & Ross, 2011; Fok, Chan & Yuen, 2005 ; Reichenbach, Alla & Lorson, 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011). L'enquête nationale de l'Agence de la Santé Publique du Canada de 2009 auprès de 6 421 femmes canadiennes a notamment souligné que ces dernières sont le moins informées sur les changements sexuels et relationnels en période postnatale, comparativement aux autres sujets d'intérêt périnataux. Les obstacles à discuter de sexualité proviennent des deux partis en jeu. D'une part, les professionnels de la santé n'en parlent pas par gêne et inconfort ou par manque de temps, de connaissances et formation dans le domaine ; certains considèrent aussi le sujet intime, privé, sensible et non prioritaire (Olsson, Robertson, Falk & Nissen, 2011 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Wang, Xu, Yao & Zhou, 2003). D'autre part, les patients n'abordent par le sujet surtout par gêne ou inconfort (Bartellas, Crane, Daley, Bennett & Hutchens, 2000 ; Fok, Chan & Yuen, 2005 ; Reichenbach, Alla & Lorson, 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Wang, Xu, Yao & Zhou, 2003).

À ce jour, malgré l'importance de la sexualité périnatale chez les couples parentaux, aucune recherche n'est existante chez les couples parentaux FSLM de l'Ontario dans le domaine, sauf celle de Moreau et collègues (2013) qui comprend une composante mineure sur la sexualité chez les couples parentaux francophones donnant naissance dans un hôpital francophone

d'Ottawa. Afin de contribuer au portrait sexopérinatal émergent des couples parentaux FSLM de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario en matière de services de santé, cet article répondra aux deux questions de recherche suivantes : 1) Quels sont les besoins de ces couples par rapport aux services de santé en matière de sexopérinatalité ? ; et 2) Quels sont les services en français offerts, utilisés, manquants et souhaités en sexopérinatalité?

3. Méthodologie

Les résultats se rapportant aux besoins et services sexopérinataux présentés dans cet article sont tirés d'une plus grande étude de cas descriptive et exploratoire avec devis mixte portant sur l'expérience sexopérinatale générale. L'échantillon recruté est de 67 couples parentaux FSLM de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Les critères d'inclusion étaient les suivants : habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario ; être âgé de 18 ans et plus ; couples hétérosexuels ; premier enfant du couple ; couple vivant ensemble depuis un an avant la grossesse ; bébé âgé entre six et 12 mois ; couple s'identifiant comme francophone; grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme; et avoir accès à Internet. Le critère de francophonie a été circonscrit en fonction de la langue maternelle (première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise) ou de la première langue officielle parlée (PLOP) des deux membres du couple, définition plus inclusive utilisée dans les dernières recherches dans le domaine (Corbeil & Lafrenière, 2010 ; Forgues & Landry, 2014). Le recrutement s'est étendu sur 10 mois (entre novembre 2013 et août 2014) et sur les 702 sources associées à la périnatalité ou à la francophonie (ressources communautaires, de santé, reliées aux médias traditionnels et reliées aux médias sociaux) qui ont été contactées dans la région d'Ottawa et dans l'Est de l'Ontario, 368 (52,4%) ont accepté d'aider au recrutement.

Les participants recrutés ont enchaîné deux étapes : ils ont tous d'abord répondu à un questionnaire en ligne, puis certains ont complété des entrevues de couples optionnelles. D'abord,

les données quantitatives concernant les besoins et services sexopérinataux sont tirés d'un questionnaire intitulé « Sondage sur les besoins et services en sexopérinatalité » qui constituait la 6e et dernière section d'une série de questionnaires en ligne sur Fluid Surveys (chaque membre du couple a reçu son propre hyperlien). Ce sondage contient 13 items couvrant la période périnatale (pré et post) et aborde les sujets suivants : discussion de la sexualité dans les cours périnataux et dans les suivis de grossesse, professionnels impliqués, sujets sexuels abordés et souhaités d'être abordés, confort et obstacles à discuter de sexualité, sources d'informations sur la sexualité, satisfaction envers les services obtenus en matière de sexualité et langue des discussions sur le sujet. Ce questionnaire a été développé pour l'étude et a été validé pour le contenu auprès de huit spécialistes ainsi que pré-testé auprès de trois couples ; des modifications mineures au questionnaire ont été faites avant et après ces deux étapes. Les résultats reposent sur une analyse descriptive. Suite au questionnaire, une entrevue de couple optionnelle et complémentaire a été proposée aux participants pour approfondir, entre autres, les besoins et les services sexopérinataux. Ces entrevues d'une durée moyenne de 45 minutes étaient semi-structurées et ont eu lieu au domicile de 5 couples (10 participants) qui se sont portés volontaires. Les résultats qualitatifs découlent d'une analyse de contenu faite à la main selon la méthode de l'Écuyer (1990) : transcription des verbatims, lectures multiples, élagage, codification des noyaux de sens, classification par thèmes avec modèle ouvert (catégories non prédéterminées), analyse et interprétation.

Trois comités d'éthique à recherche ont consécutivement approuvé cette recherche : celui de l'Université d'Ottawa, celui d'un hôpital francophone à Ottawa et celui d'une unité de santé publique à Ottawa.

4. Résultats

Pour cette section, l'abréviation « F » correspond aux données des femmes et « H » aux données des hommes, alors que « E » correspond aux données de l'ensemble des participants.

4.1. Profil sociodémographique

Le Tableau 1 fait état du profil sociodémographique de l'échantillon recruté. La majorité des participants sont âgés entre 28 et 33 ans, sont mariés, ont fait des études universitaires, ont un revenu familial élevé et se considèrent bilingues. Le français est la langue préférée de la majorité pour recevoir les services de santé, mais la langue utilisée se partage entre le français et l'anglais.

4.2. Niveau de confort à parler de sexualité

Le Tableau 2 présente les différents niveaux de confort des participants à parler de sexualité avec un/une professionnel(le) de la santé. L'inconfort d'en parler relevait entre autres du fait que le sujet est considéré intime, privé, personnel et/ou tabou (E=18,7% ; F=13,4% ; H=23,9%) et du fait que le sujet n'est pas facile à aborder (E=6,0% ; F=4,5% ; H=7,5%). Pour certains participants, le sujet est discuté seulement au besoin (E=27,6% ; F=16,4% ; H=38,8%), tandis que pour d'autres, la sexualité est importante à être abordée, car elle fait partie de la santé et de la vie et/ou c'est un phénomène naturel (E=19,4% ; F=28,4% ; H=10,4%).

4.3. Besoins et services sexopérinataux

Le Tableau 3 détaille les rencontres pré et postnatales ainsi que les suivis pré et postnataux selon les éléments suivants : professionnel impliqué, type de rencontre, discussion sur la sexualité initiée par le professionnel, sujets les plus discutés, partage de ressources ou d'outils en matière de sexualité et satisfaction. D'autres spécifications suivent ici.

Au sein de l'échantillon, 64,9% ont participé à des rencontres prénatales et la sexualité a été abordée avec seulement 18,4% d'entre eux. Les entrevues ont confirmé que les rencontres prénatales constituent rarement un lieu où la sexualité est abordée. Parmi ceux avec qui la sexualité a été abordée, 62,5% ont reçu des services en français : 70% les ont demandés et pour

30%, les services en français leur ont été offerts spontanément. Parmi le 37,5% de participants qui n'ont pas été servis en français, 83,3% ont trouvé que la langue était un obstacle et 83,3% auraient préféré avoir des services en français.

Pour ce qui est des rencontres postnatales, seulement 11,9% des sujets y ont participé et la sexualité a été abordée avec 75,0% d'entre eux. Au total, 66,7% des participants ayant discuté de sexualité dans les rencontres postnatales ont reçu des services en français : 75% les ont demandés et pour 25%, les services en français leur ont été offerts spontanément. Parmi les 33,3% qui n'ont pas été servi en français, tous ont trouvé que la langue était un obstacle et tous auraient préféré le français.

Lors des suivis prénataux, la sexualité a été abordée avec 21,6% des participants. Dans ce sous-groupe, 37,9% ont reçu des ressources ou des outils ; le fait que des ressources et des références soient rarement partagées pendant les suivis médicaux de grossesse a été confirmé par les entrevues. Pour ce qui est de la langue des suivis, 48,3%% ont reçu des services en français : 42,9% les ont demandés et pour 57,1%, les services en français leur ont été offerts spontanément. Parmi les 51,7% qui n'ont pas reçu de services en français, 80,0% d'entre eux pensent que la langue est un obstacle et 93,3% auraient préféré des services en français.

Lors des suivis postnataux, la sexualité a été abordée avec 85,1% des participants. Parmi ces derniers, 26,3% ont reçu des ressources ou des outils ; les entrevues ont encore une fois confirmé que des références ou des ressources sont rarement données lors de telles consultations. De plus, 51,8% de ce sous-groupe ont reçu ces services en français : 43,3% les ont demandés et pour 53,7%, les services en français leur ont été offerts spontanément. Parmi ceux qui n'ont pas reçu les services en français (48,2%), 85,5% pensent que la langue est un obstacle et 96,4% auraient préféré des services en français.

Selon les participants n'ayant pas discuté de sexualité périnatale lors des rencontres ou des suivis pré et postnataux, les raisons les plus invoquées sont les suivantes : la sexualité est un sujet intime, privé, sensible et/ou tabou ; il y a un manque de temps lors de ces consultations ; la sexualité n'est pas considérée comme une priorité lors de ces rencontres ; et les participants ont senti un inconfort ou une gêne de la part de l'intervenant. Par rapport aux rencontres périnatales, 88,7% en pré et 75,0% en post auraient aimé que le sujet soit abordé ; ils auraient aimé être informés, être rassurés et être prévenus/préparés aux changements possibles. De plus, 98,6% en pré et 100% en post auraient préféré recevoir ces services sexopérinataux en français. Pour ce qui est des suivis, 80% en pré et 60% en post auraient aimé que le sujet soit abordé pour les mêmes raisons précédentes ; 97,1% en pré et 90,0% en post auraient préféré que les services soient en français.

Pendant la grossesse, 72,4% des participants (F=85,1% ; H=59,7%) se sont renseignés autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en matière de sexualité périnatale ; après la grossesse, c'est 82,8% des participants (F=91,0% ; H=74,6%) qui ont fait comme tel. Les sources consultées concernent Internet, amis, livres, articles, famille et télévision (voir Tableau 4 pour les détails). Seulement 25,8% en pré et 24,3% en post se sont dits satisfaits ou très satisfaits envers ces ressources utilisées. Pour 84,5% en pré et 86,5% en post, les ressources utilisées étaient en français. Les données qualitatives confirment la diversité et la variété des sources consultées, même si la fiabilité de plusieurs est remise en question, dont les amis et surtout Internet. Selon plusieurs participants en entrevue, Internet permet le partage de plusieurs informations concernant la sexualité périnatale, mais il demeure difficile de différencier l'information objective et bienséante. L'information y est disponible en tout temps, mais cela demande beaucoup du temps pour la trouver, la filtrer et juger de la qualité de l'information. De plus, selon les participants, il y a très peu d'informations concernant la sexualité périnatale des pères.

Pour 91,0% des participants pendant la grossesse (F=92,5% ; H=89,6%) et pour 91,8% après la grossesse (F=91,0% ; H=92,5%), il est important d'aborder la sexualité. Les sujets les plus prisés sont : le coït (93,4% en pré et 96,7% en post) ; le désir sexuel (94,3% en pré et 95,1% en post) ; les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité (85,2% en pré et 89,4% en post) ; l'impact de la fatigue sur la sexualité (82,8% en pré et 82,9% en post) ; les problèmes sexuels chez la femme (77,0% en pré et 91,9% en post) ; et la contraception postnatale (93,5% en post). Dans 97,5% des cas en pré et 97,6% en post, les participants pensent que c'est le professionnel de la santé qui devrait initier la discussion sur la sexualité et qui devrait ouvrir une porte sur le sujet. L'extrait suivant confirme un tel désir : « H5 : En fait, c'est des situations où il faudrait en fait que peut-être le premier pas vienne des professionnels directement et qu'à ce moment-là peut-être ils redirigent vers des experts. » Enfin, 98,4% en pré et 99,2% des participants en post seraient plus à l'aise de parler de sexualité si le professionnel initie la discussion sur le sujet, comme le laisse entendre cet extrait d'une entrevue : « H5 : Et puis forcément, je pense pas qu'elle [conjointe] se serait sentie à l'aise à poser la question aussi à quelqu'un qui n'aurait pas fait le premier pas en fait pour essayer de savoir. »

Les besoins des participants en matière de sexopérinatalité ont été évalués et c'est le besoin d'information et d'éducation qui arrive en tête de liste : 82,8% en pré (F=86,6% ; H=79,1%) et 88,8% en post (F=91,0% ; H=86,6%) ont affirmé avoir eu ce besoin. Les entrevues ont encore une fois corroboré un tel fait : la plupart des couples, et surtout les femmes, ont affirmé avoir eu besoin de chercher des informations sur la sexualité pour être prévenus et ainsi mieux se préparer aux changements sexuels possibles pendant et après la grossesse. Le deuxième besoin important chez les participants concerne le soutien psychologique et émotionnel : 35,8% en pré (F=67,2% ; H=4,5%) et 46,3% en post (F=77,6% ; H=14,9%) ont rapporté avoir eu besoin de soutien en lien avec la sexualité périnatale. Dans les entrevues, les participants ont exprimé un

besoin d'être rassurés envers la normalité des changements et des difficultés vécus en matière de sexualité, tel que l'indique l'extrait suivant :

> H3 : Pour moi, ça aurait été peut-être, si c'est standard que j'ai vécu le deux mois après ma baisse de drive, j'aurais peut-être voulu le savoir que c'était normal… F3 : Ouais. I : Ok. Donc normaliser l'expérience. H3 : Oui ! Oui, parce que tu le sais pas. Tu vas pas en parler à quelqu'un, pis tu te dis c'est juste moi ou j'suis tu fou ou c'est juste normal. Juste savoir que t'es normal, ça peut aider grandement.

Pour 91,1% des participants en pré et 91,0% en post, il est important ou très important de recevoir des services en matière de sexualité pendant et après la grossesse. Un homme (participant #003) a même souligné le tout dans un commentaire inscrit dans le questionnaire en ligne : « Oui la sexualité est intime et peut être tabou et je ne suis pas confortable à en parler, mais il faut en parler pour essayer d'éviter les problèmes dans le couple ». Pour leur part, les entrevues aussi ont révélé cette importance et l'extrait suivant en témoigne :

> I : Hum. Est-ce que vous auriez aimé que les professionnels dans les suivis abordent la sexualité? F2 : Ben oui. H2 : Ouais, j'suis sûr. F2 : Tant qu'à aborder tous les sujets… J'vois pas le… parce que ça fait partie de toutes façons des questions que la plupart des couples ont là. H2 : Ouais pis je pense que ça peut aussi être à travers l'apprentissage de ce que c'est d'être parent. J'pense que ça peut être source de conflit aussi entre les couples pis… La question, ou la gestion de ces potentiels conflits-là sont pas abordés. En tout cas on l'a pas abordé avec nous. Pis j'pense que ça peut être important…

Les couples en entrevue ont clairement signifié que la sexualité périnatale est un sujet important qui devrait être abordé, surtout par un professionnel de la santé, principalement dans le but de les éduquer et de les rassurer quant à la normalité et la non-permanence des changements sexuels vécus. Toutefois, ils ont aussi souligné que le sujet n'était pas facile à aborder pour plusieurs raisons : gêne des professionnels, gêne des patients, manque de temps, le professionnel a peur de mettre le patient mal à l'aise, sujet tabou. Pour les couples en entrevue, traiter de la sexualité sans pudeur et sans tabou pendant la période périnatale est fondamental.

Pour ce qui est de recevoir des services en matière de sexualité périnatale en français, 89,5% des participants en pré et 92,5% en post ont déclaré que c'était important ou très

important. Les entrevues ont aussi laissé entendre que les couples FSLM, qui sont majoritairement bilingues (97,8%), ne trouvent pas que l'anglais est un obstacle vital quand il s'agit de discuter de sexualité périnatale, mais ils ont clairement affirmé que parler de sexualité périnatale en anglais peut être un obstacle de plus, l'importance du français étant prônée. Les trois extraits suivants reprennent ces idées :

> H2 : Consulter pour une grippe, un truc comme ça. Ben en tout cas moi je me sens assez à l'aise pour le faire en anglais, mais pour un sujet sur l'enfant, la santé, la sécurité de l'enfant, la sexualité aussi, j'pense que ça me semble assez sensible de le faire dans une langue qu'on comprend pis qu'on est à l'aise de s'exprimer aussi… En tous cas moi je comprends mieux l'anglais que je m'exprime, pis, des fois la communication est difficile… j'arrive pas à poser exactement la question que je veux ou à me faire comprendre exactement donc si j'avais pas eu ces services-là en français, ce serait très frustrant. Tout à fait. ;
>
> F3 : Pis j'étais comme j'me verrais pas accoucher en anglais, j'me verrais pas comme me faire dire « Push » ! Oui ! Pis on est parfaitement bilingues ! H3 : J'y ai même pensé, no way ! F3 : On est parfaitement bilingues, là ! On peut comprendre tout, tout, tout, tout, tout là ! Mais non, pour moi c'était important. ;
>
> F5 : Ça devient un obstacle parce que dans ce sujet-là, moi je préfère bien comprendre ce qu'on me dit. Que parce que si c'est autre chose en anglais, bon, je sais à peu près la personne dit ça, mais ça va. L'essentiel c'est de savoir de quoi la personne parle. Mais quand c'est ça, je veux vraiment savoir c'est quoi. Si c'est bleu, c'est bleu. Au lieu de dire c'est sombre, et puis, tu peux t'imaginer autre chose, mais je préfère vraiment le français. Parce que là, voilà, y'a plus de précision, je comprends mieux.

En outre, 62,7% des participants en pré et 70,9% en post ont spécifié qu'ils n'ont pas obtenu les services désirés en matière de sexualité périnatale, la raison principale étant le manque de services (66,4%). Les couples en entrevue ont confirmé qu'il y a un manque évident de ressources et de services accessibles en matière de sexopérinatalité, comme le souligne l'extrait suivant :

> H5 : Ben, y'a beaucoup de services qui sont quand même assez disponibles pour, par exemple, c'est ton premier enfant, tu sais pas comment l'allaiter, comment le tenir, etc., y'a pas mal de services pour ça qui sont proposés. Y'a pleins d'associations qui sont disponibles aussi au-delà de ce que la ville en général va proposer. Mais c'est vrai que au niveau de la sexualité, on dirait pas qu'y'a vraiment d'association qui propose des

> services ou qui sont en lien avec les centres médicaux pour pouvoir proposer ça. On dirait que là y'a comme une, une sorte de manque, mais peut-être que c'est, ça existe, mais en tout cas, c'est pas facile d'y accéder…

Pour palier à ce manque de ressources et de services, les couples en entrevue ont discuté de trois outils souhaités en matière de sexualité : un site internet, un guide périnatal avec une partie détaillée sur la sexualité, et un dépliant sur la sexualité.

Enfin, 79,1% des participants en pré et 79,9% en post ont soulevé qu'il était difficile ou très difficile d'obtenir des services en matière de sexualité périnatale alors que 81,3% en pré et 82,8% ont précisé qu'il était difficile ou très difficile d'en obtenir en français.

5. Discussion

Cet article a mis en lumière les besoins et les services en français en matière de sexualité périnatale perçus par 67 couples parentaux FSLM vivant dans la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. En matière de besoins, ces derniers ont clairement indiqué qu'ils ont des besoins d'informations et de soutien en sexopérinatalité, la sexualité périnatale étant un sujet d'importance pendant la période périnatale. Pour ce qui est des services sexopérinataux en français, peu sont offerts, même s'ils sont clairement souhaités. La réponse professionnelle adéquate manque dans la majorité des cas et la langue est un obstacle supplémentaire aux discussions sur la sexualité périnatale avec les professionnels de la santé impliqués.

Considérant les besoins importants d'information et d'éducation sexopérinatale ainsi que de soutien exprimés par les participants, discuter de sexualité en période périnatale est nécessaire. Une grande majorité de participants qui n'ont pas discuté de sexualité auraient aimé le faire et presque tous les participants pensent qu'il est important d'aborder la sexualité en période périnatale et souhaitent recevoir des services sexopérinataux durant cette période. Cela corrobore les écrits de plusieurs études sexopérinatales précédentes dans le domaine : une majorité de couples, peu importe leur langue ou leur culture, ont plusieurs questions et considérations envers

la sexualité périnatale et ont besoin de discuter du sujet avec des professionnels de la santé pour être informés, soutenus, rassurés (particulièrement en ce qui a trait à la normalité des difficultés éprouvées et à la non permanence des changements), aidés, conseillés, aiguillés et dirigés vers des ressources spécialisées (Bartellas, Crane, Daley, Bennett & Hutchens, 2000 ; Bello, Olayemi, Aimakhu & Adekunle, 2011 ; Chivers, Pittini, Grigoriadis, Villegas & Ross, 2011 ; de Montigny, de Montigny Gauthier & Dennie-Fillion, 2014 ; Fok, Chan & Yuen, 2005 ; Olsson, Lundqvist & Faxelid, 2005 ; Reichenbach, Alla & Lorson, 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Van der Shueren, 2003 ; Von Sydow, 1999).

La plupart des couples interrogés s'attendent et veulent que le sujet soit initié par le professionnel de la santé lors des rencontres et/ou des suivis périnataux ; ce dernier constitue une source d'information et de soutien de premier plan. Malgré tout, se renseigner en matière de sexualité périnatale ailleurs qu'auprès d'un professionnel est chose courante pour les couples parentaux ici interrogés. Internet, les amies et le matériel écrit (livre et articles) constituent des sources de choix pour cet échantillon, ce qui correspond aux sources typiquement utilisées par les couples parentaux dans la littérature sexopérinatale (Afshar, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Merghti-Khoei & Yavarikia, 2012 ; Bartellas, Crane, Daley, Bennett & Hutchens, 2000 ; Bello, Olayemi, Aimakhu & Adekunle, 2011 ; Fok, Chan & Yuen, 2005 ; Isajeva, Siklunas, Drasutiene & Bartkeviciene, 2012 ; Reichenbach, Alla & Lorson, 2001 ; Shojaa, Jouybari & Sanagoo, 2009 ; Van der Shueren, 2003 ; Wannakosit & Phupong, 2010). Plus particulièrement, Internet est une source des plus pratiques et très utilisée dans notre société contemporaine pour trouver des informations sur la santé sexuelle et la sexualité (Daneback, Mansson, Ross & Markham, 2012 ; Minichiello, Rahman, Dune, Scott & Dowsett, 2013). De part son anonymat, sa confidentialité et sa flexibilité (pas de contraintes de lieu et de temps), Internet est une source s'information qui permet d'enrayer la pression vécue lors d'une discussion réelle sur la sexualité avec un

professionnel de la santé (Daneback, Mansson, Ross & Markham, 2012 ; Minichiello, Rahman, Dune, Scott & Dowsett, 2013). Toutefois, Internet est une source qui n'est pas nécessairement fiable en matière de qualité de l'information, ce qui a aussi été soulevé par les participants ; les internautes doivent sans cesse filtrer l'information et l'évaluer, ce qui n'est pas toujours facile (Minichiello, Rahman, Dune, Scott & Dowsett, 2013) et ce qui peut contribuer à l'insatisfaction vécue dans notre échantillon. De plus, les femmes de l'échantillon interrogées utilisent plusieurs sources pour se renseigner sur la sexualité alors que les hommes se contentent majoritairement d'Internet. Les raisons de cette différence de genre sont à explorer ultérieurement.

Malgré le désir des couples parentaux d'en discuter, le sujet de la sexualité périnatale est peu abordé. Quand les services sexopérinataux sont offerts, ils sont très limités et souvent manquants; quand ils sont utilisés, ils restent restreints. En effet, les couples parentaux FSLM interrogés ont identifié un manque flagrant de services sexopérinataux, ce qui a empêché plus du deux-tiers de l'échantillon questionné d'avoir des services comme tels qu'ils auraient pourtant désirés. Que ce soit dans les rencontres ou dans les suivis médicaux, cette étude révèle que la sexualité est très peu abordée pendant la grossesse et l'est davantage en post, ce qui corrobore plusieurs études sexopérinatales qui ont conclu que la sexualité est rarement abordée ou même omise dans les consultations professionnelles pendant et après la grossesse (Bello, Olayemi, Aimakhu & Adekunle, 2011 ; Chivers, Pittini, Grigoriadis, Villegas & Ross, 2011 ; Erenel, Eroglu, Vural & Dilbaz, 2001 ; Fok, Chan & Yuen, 2005 ; Isajeva, Siklunas, Drasutiene & Bartkeviciene, 2012 ; Reichenbach, Alla & Lorson, 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Von Sydow, 1999), notamment au Canada (ASPC, 2009). Selon des études sexopérinatales récentes, c'est entre 46,3% et 90,6% des parents interrogés qui disent ne pas avoir parlé ou reçu d'informations sur la sexualité périnatale générale (Afshar, Mohammad-Alizadeh-Charandabi, Merghti-Khoei & Yavarikia, 2012 ; Chivers, Pittini, Grigoriadis, Villegas & Ross, 2011 ; Fok,

Chan & Yuen, 2005 ; Oboro & Tabowei, 2002 ; Reichenbach, Alla & Lorson, 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011). Van der Shueren (2003), dans son étude auprès de 79 professionnels de la santé (obstétriciens-gynécologues et sages-femmes), a d'ailleurs souligné que seulement 6% de l'échantillon discute toujours de sexualité avec leurs patients, 19% souvent et 75% parfois.

De plus, selon les couples parentaux FSLM interrogés, les sujets abordés sont limités, souvent techniques et/ou d'ordre médical, comme la reprise du coït et la contraception. Il y a très peu de mention, voire jamais, d'autres composantes faisant partie intégrante de l'expérience sexopérinatale qui pourtant fluctuent et sont également affectées pendant la période périnatale, tels que la satisfaction sexuelle, les autres pratiques sexuelles (sexe oral, masturbation), le sentiment de désirabilité, la communication dans le couple et l'impact de la dépression postnatale sur la sexualité. Aussi, la plupart des sujets discutés font directement référence aux femmes ; très peu d'attention est portée aux hommes. Pourtant, l'homme aussi est au centre des bouleversements intimes et sexuels de la transition à la parentalité et est un membre à part entière de la dyade amoureuse et de la famille en développement (de Montigny, de Montigny Gauthier & Fillion, 2014 ; MacAdam, Huuva & Berterö, 2011 ; Reichenbach, Alla & Lorson, 2001 ; Williamson, McVeigh & Baafi, 2008 ; Polomeno, 2011). Malgré tout, il existe un différentiel en défaveur des hommes dans les interventions sexopérinatales et les raisons possibles de ce phénomène mériteraient davantage de considération dans les études subséquentes.

L'inconfort à discuter de sexualité est un phénomène central aux services sexopérinataux. Plusieurs études ont souligné que la gêne et l'inconfort des patients à parler de sexualité avec un professionnel de la santé, particulièrement en période périnatale, est un obstacle majeur à des soins sexopérinataux appropriés (Bartellas, Crane, Daley, Bennett & Hutchens, 2000 ; Fok, Chan & Yuen, 2005 ; Reichenbach, Alla & Lorson, 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Shojaa, Jouybari & Sanagoo, 2009 ; Van der Shueren, 2003 ; Wang, Xu, Yao & Zhou, 2003). De plus, selon les

données obtenues, les femmes semblent légèrement plus à l'aise envers le sujet. La particularité de la santé des femmes comprend une importante partie gynécologique et des considérations distinctives en matière de reproduction reliées à la sexualité. Cela les pousse donc davantage à tenir compte des aspects sexologiques tout au long de leur vie et à être ainsi plus en contact avec des suivis médicaux incorporant la sexualité ; cela pourrait expliquer pourquoi elles sont plus portées à en parler et à en avoir une meilleure vision. L'étude d'Emmers-Sommer et collègues (2009) auprès de 277 participants américains a déjà noté que les femmes sont plus proactives que les hommes en matière de santé sexuelle et qu'elles initient davantage la discussion avec les professionnels sur le sujet comparativement à leur contreparties masculines.

La gêne et l'inconfort des participants à discuter de sexualité sont souvent reliés au fait que la sexualité est considérée par plusieurs comme un sujet intime, privé, sensible, personnel et tabou. Cette gêne et cet inconfort ont déjà été documentés dans différentes études sur la sexopérinatalité (Olsson, Robertson, Falk & Nissen, 2011 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Van der Shueren, 2003 ; Wang, Xu, Yao & Zhou, 2003) et notre échantillon confirme cette tendance. De plus, les participants avec qui le sujet n'a pas été abordé ont aussi invoqué le manque de confort perçu chez le professionnel de la santé comme raison potentielle d'une absence de discussion sur la sexualité. Il serait intéressant, dans l'avenir, de sonder les différents professionnels de la santé impliqués en périnatalité pour vérifier de telles idées. Après tout, le manque de confort pour discuter de la sexualité chez différents professionnels de la santé est un phénomène répandu en santé et ce, peu importe le domaine d'activités (Church, Koning, Hilber, Ormel & Hawkes, 2010 ; de Pierrepont & Polomeno, 2015 ; Reissing & Di Giulio, 2010). Il serait aussi approprié de questionner et de spécifier les raisons sous-jacentes à ce manque de confort, notamment le manque de connaissances et de formation en sexualité chez les professionnels. Bref, le manque

d'interventions sexopérinatales pourrait être expliqué en partie par la réticence des patients à en parler, mais aussi en partie par la même réticence présente chez les professionnels.

Au sein de notre échantillon, la langue est un facteur central qui module clairement l'accès, la qualité et la satisfaction des participants envers les services sexopérinataux. Pour la majorité des participants, des services sexopérinataux en français sont souhaités ; même ceux qui n'en ont pas reçu prônent l'importance d'en recevoir en français. Lors des rencontres et suivis pré et post, entre la moitié et le tiers des participants n'ont pas obtenu de services sexopérinataux en français et la grande majorité d'entre eux ont trouvé que c'est un obstacle, préférant à l'unanimité les avoir en français. Même si les FSLM en Ontario sont souvent bilingues, la langue devient un obstacle de plus lorsqu'il s'agit de discuter de sexualité, ce qui est d'emblée peu évident pour plusieurs. De nos jours, la sexualité est déjà considérée comme un sujet encore tabou et sensible à aborder (Lee, 1993 ; Von Sydow, 1999) ; ne pas en discuter dans sa langue maternelle dans laquelle les gens sont plus à l'aise dédouble la difficulté. Puisque parler de sexualité est déjà relativement gênant dans sa propre langue, en parler dans sa seconde langue devient alors un obstacle supplémentaire pour les couples parentaux FSLM. Le concept de littératie en matière de santé sexuelle est une avenue intéressante pour mieux comprendre les besoins des couples parentaux FSLM en matière de sexualité périnatale, la langue étant un facteur qui module clairement l'échange et le partage d'informations sur la sexualité (Alexander, 2008 ; Herdt, 2007 ; Ingraham, 2009 ; Olff, 2013). Bref, dans l'ensemble, il est difficile d'obtenir des services sexopérinataux et il l'est d'autant plus de les recevoir en français. La santé et l'accès aux services de soins de santé appropriés en matière de sexopérinatalité sont donc largement tributaires de la langue pour les FSLM à Ottawa et dans l'Est de l'Ontario.

Toujours en matière de langue, les couples parentaux FSLM qui ont reçu de tels services en français ont plutôt dû le demander, sans que ce ne soit spontanément offert en français. Il est

donc vital de développer l'offre active dans les services de santé qui desservent les FSLM en Ontario. Une offre active de services en français demande que l'offre précède la demande et qu'elle soit systématique, visible, évidente, accessible, proactive et de même qualité (Bouchard, 2013 ; Bouchard, Beaulieu & Desmeules, 2012 ; Forgues & Landry, 2014). Le développement d'une telle offre active contribuerait clairement à combler les besoins des FSLM, notamment en matière de sexualité périnatale.

Cette étude possède des forces, mais aussi des limites dont il faut tenir compte. D'abord, cette étude est innovatrice en jumelant deux domaines importants, mais sous-étudiés et négligés en santé et en santé sexuelle : la sexopérinatalité et les FSLM en Ontario. De plus, la création de deux sondages uniques et en français permettant de recueillir et d'analyser des données originales constitue un apport scientifique en soi. D'autre part, l'échantillon recruté, de part sa taille et de son origine localisé (Ottawa et l'Est de l'Ontario), ne peut se dire représentatif des FSLM en Ontario. Toutefois, l'étude exploratoire et descriptive dont les données sont tirées n'avait pas le but d'être statistiquement représentatif. Enfin, un certain biais de rappel chez les participants peut avoir altéré les données rapportées : les participants ont rempli les questionnaires entre 6 et 12 mois après l'accouchement et les questions portaient sur le vécu pendant et après la grossesse. Cependant, ce délai de rappel se situe dans la norme des études dans le domaine (Erenel, Eroglu, Vural et Dilbaz, 2011 ; Hipp, Low et van Anders, 2012 ; Reichenbah, Alla et Lorson, 2001 ; Sacomori et Cardoso, 2010 ; van Anders, Hipp et Low, 2013)

Devant les principaux constats de cette étude, des recommandations générales peuvent être émises. D'abord, au niveau de la pratique professionnelle et de la formation, il est d'abord et avant tout important de favoriser les interventions sexopérinatales en français auprès des couples parentaux FSLM en Ontario, que ce soit dans les rencontres ou dans les suivis pré et postnataux. Ces derniers ont des besoins qui ne sont pas comblés et qui mériteraient de l'être. Dans le même

ordre d'idées, le développement et la distribution d'un dépliant bilingue sur la sexualité périnatale pourrait favoriser l'initiation de telles interventions et pourrait à la fois sensibiliser, informer et rassurer les futurs et nouveaux parents en matière de sexualité périnatale, tout en les encourageant à poser des questions sur le sujet à leur professionnel de la santé. Il serait aussi approprié d'augmenter la disponibilité des professionnels de la santé francophones desservant les communautés minoritaires pour améliorer l'accès aux services de santé en français en périnatalité. Cela peut notamment se faire par des mesures favorisant la formation professionnelle initiale et continue en français, mais aussi en matière de sexualité périnatale, deux piliers à développer. Favoriser la formation et l'accès aux professionnels de la santé périnataux en français en Ontario peut être une « mesure d'équité d'accès aux services adressés à la population francophone », comme l'ont précisé Bouchard, Beaulieu et Desmeules (2012 : 42). De plus, les FSLM doivent être davantage sensibilisés et informés de leurs droits linguistiques : ce n'est pas parce que plusieurs Franco-Ontariens sont bilingues qu'ils n'ont pas besoin d'accéder à des services de santé en français. Au niveau de la recherche, il faut continuer les études sur les FSLM, notamment en matière de sexualité et de sexualité périnatale. Cela demande entre autres l'inclusion systématique des variables linguistiques dans les bases de données administratives de santé et dans les enquêtes populationnelles et gouvernementales ainsi que l'harmonisation et standardisation des variables linguistiques, pour mieux cerner cette population unique minoritaire. D'éventuelles comparaisons avec la majorité anglophone en matière d'accès aux services sexopérinataux seraient un complément intéressant à envisager, ainsi que l'accès à de tels services pour les autres FSLM à travers le Canada, pour ainsi donner un portrait des services sexopérinataux au niveau national.

6. Conclusion

Les couples parentaux FSLM ont des besoins flagrants d'information et de soutien en matière de sexualité périnatale et le sujet est considéré comme important pour la plupart d'entre eux. Toutefois, le sujet est peu abordé, surtout en période prénatale, et les sujets qui sont discutés sont circonscrits et ne représentent qu'une infime partie de l'expérience sexopérinatale générale. Pour une majorité des couples parentaux FSLM interrogés, la langue des rencontres et des suivis périnataux est très importante : les discussions sur la sexualité étant majoritairement en anglais constitue un obstacle supplémentaires pour ces derniers. La vulnérabilité en santé sexuelle (Polomeno, 2014) doublée d'une vulnérabilité linguistique font de la sexopérinatalité chez les couples FSLM d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario un domaine d'études pertinent en santé des populations. La promotion des interventions sexopérinatales s'inscrit donc dans une optique de promotion du couple, mais aussi de la famille et par extension, de la société (de Pierrepont & Polomeno, 2014 ; Polomeno, 2000, 2007), plus particulièrement de la communauté en situation linguistique minoritaire en Ontario.

Références

AFSHAR, Malihe, Sakineh MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI, Effat-Sadat MERGHTI-KHOEI et Parisa YAVARIKIA (2012). « The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: A randomized controlled trial », *Journal of Caring Sciences*, vol. 1, n° 4, p. 173-181.

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, ASPC (2009). *Ce que disent les mères : L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Canada. En ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php (consulté le 15 février 2015).

ALEXANDER, Jonathan (2008). *Literacy, sexuality, pedagogy : Theory and practice for composition studies*, Logan, Utah, Utah State University Press.

BARTELLAS, Elias, Joan M.G. CRANE, Melita DALEY, Kelly A. BENNETT et Donna HUTCHENS (2000). « Sexuality and sexual activity in pregnancy », *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 107, n° 8, p. 964-968.

BELLO, Folasade Adenike, Oladapo OLAYEMI, Christopher O. AIMAKHU et Adeyemi O. ADEKUNLE (2011). « Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria », *International Scholarly Research Network Obstetrics and Gynecology*, vol. 2011, p. 1-6.

BOUCHARD, Louise (2013). « La cartographie conceptuelle des représentations de l'avenir des services de santé en français en situation linguistique minoritaire», *Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 104, n° 6 (suppl. 1), p. S60-S64.

BOUCHARD, Louise, Marielle BEAULIEU et Martin DESMEULES (2012). « L'offre active de services de santé en français en Ontario : Une mesure d'équité », *Reflets : Revue d'Intervention Sociale et Communautaire*, vol. 18, n° 2, p. 38-65.

BOUCHARD, Louise et Martin DESMEULES (2013). « Les minorités linguistiques du Canada et la santé », *Healthcare Policy*, vol. 9, n° special, p. 38-47.

BOUCHARD, Louise, Isabelle GABOURY, Marie-Hélène CHOMIENNE, Anne GILBERT et Lise DUBOIS (2009). « La santé en situation linguistique minoritaire », *Health Care Policy/Politiques de Santé*, vol. 4, n° 4, p. 33-40.

BOWEN, Sarah (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Santé Canada, Canada. En ligne : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf (consulté le 15 février 2015).

CHIVERS, Meredith L., Richard PITTINI, Sophie GRIGORIADIS, Laura VILLEGAS et Lori E. ROSS (2011). « The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: A pilot study », *Journal of Sexual Medicine*, vol. 8, n° 3, p. 792-799.

CHURCH, Kathryn, Korrie de KONING, Adriane Martin HILBER, Hermen ORMEL et Sarah HAWKES (2010). « Integrating sexual health services into primary care: An overview of health systems issues and challenges in developing countries », *International Journal of Sexual Health*, vol. 22, p. 131-143.

CORBEIL, Jean-Pierre et Sylvie LAFRENIÈRE (2010). *Portrait des minorités de langue officielle au canada : Les francophones de l'Ontario*, Statistique Canada, Canada. En ligne : http://www.statcan.gc.ca/pub/89-642-x/89-642-x2010001-fra.pdf (consulté le 15 février 2015).

DANEBACK, Kristian, Sven-Axel MANSSON, Michael W. ROSS et Christine M. MARKHAM (2012). « The internet as a source of information about sexuality », *Sex Education*, vol. 12, n° 5, p. 583-598.

DE MONTIGNY, Francine, Pascale DE MONTIGNY GAUTHIER et Emmanuelle DENNIE-FILLION (2014). « La sexualité après la naissance et en contexte d'allaitement maternel : L'expérience des mères et des pères », dans Chantal Bayard et Catherine Chouinard (dir.), *La promotion de l'allaitement au Québec – Regards critiques*, Montréal, Canada, Remue-Ménage, p. 137-258.

DE PIERREPONT, Catherine et Viola POLOMENO (2014). « Rôle du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada », *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 42, n° 7-8, p. 507-514.

DE PIERREPONT, Catherine et Viola POLOMENO (2015). « La sexualité : Au cœur des soins de santé primaires canadiens contemporains », dans Julie Gosselin, Paul Samuel Greenman et Mélanie Joanisse (dir.), *Le développement professionnel en soins de santé primaires au Canada*, Québec, Canada, Presses de l'Université du Québec, p. 99-113.

EMMERS-SOMMER, Tara M., Sarah NEBEL, Mae-Li ALLISON, Michele L. CANNELLA, Desiree CARTMILL, Sarah EWING, Daniel HORVATH, Jonathan K. OSBORNE et Brittney WOJTASZEK (2009). « Patient-provider communication about sexual health: The relationship with gender, age, gender-stereotypical beliefs, and perceptions of communication inappropriateness », *Sex Roles*, vol. 60, n° 9-10, p. 669-681.

ERENEL, Ayten Seturk, Kafiye EROGLU, Gulsen VURAL et Berna DILBAZ (2011). « A pilot study: In what ways do women in turkey experience a change in their sexuality during pregnancy? », *Sexuality and Disabilities*, vol. 29, n° 3, p. 207-216.

FÉDÉRATION DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES ET ACADIENNE, FCFA (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. En ligne : http://resosante.ca/fr/portraitreseau-52615/ressources-du-reseau/documents-strategiques-1/documents-nationaux-1/76-pour-un-meilleur-acces-a-des-services-de-sante-en-francais-2001-1/file.html (consulté le 15 février 2015).

FOK, Wing Yee, Louis Yiki-Si CHAN et Pong Mo YUEN (2005). « Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 84, n° 10, p. 934-938.

FORGUES, Éric et Rodrigue LANDRY (2014). *L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire – Rapport final*, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, Canada. En ligne : http://www.santefrancais.ca/enquete (consulté le 15 février 2015).

GAGNON-ARPIN, Isabelle, et Louise BOUCHARD (2011). *Les services de santé en français en Ontario - Offre, demande, utilisation*. En ligne : http://www.rrasfo.ca/recherche/publications/Rapport%20EVMLO%20Ontario-final2.pdf (consulté le 15 février 2015).

HERDT, Gilbert (2007). « What is sexual literacy, and why is it needed now? », dans Gilbert Herdt et Cymene Howe (dir.), *21st Century Sexualities – Contemporary Issues in Health, Education, and Rights*, New York, NY, Routledge, p. 17-19.

HIPP, Lauren E., Lisa Kane LOW et Sari M. VAN ANDERS (2012). « Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors », *Journal of Sexual Medicine*, vol. 9, n° 9, p. 2330-2341.

INGRAHAM, Natalie (2009). *Sexual literacy... what is that?* Kinsey Confidential, 23 mars. En ligne : http://kinseyconfidential.org/sexual-literacy/ (consulté le 1er mai 2015)

ISAJEVA, Jelena, Mindaugas SIKLUNAS, Grazina Stanislava DRASUTIENE et Daiva BARTKEVICIENE (2012). « Features of the sexual life during pregnancy », *Acta Medica Lituanica*, vol. 19, n° 2, p. 67-74.

L'ÉCUYER, René (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu – Méthode GOS et concept de soi*, Québec, Canada, Presses de l'Université du Québec.

LACAZE-MASMONTEIL, Thierry, Anne LEIS, Emmanuelle LAURIOL, Joane NORMANDEAU, Denise MOREAU, Louise BOUCHARD et Cathy VAILLANCOURT (2013). « Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le vécu de la grossesse », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 104, n° 6 (suppl. 1), p.S65-S70.

LEE, Raymond M. (1993). *Doing research on sensitive topics*, London, CA, SAGE Publications.

MACADAM, Ruth, Elisabeth HUUVA et Carina BERTERÖ (2011). « Fathers' experiences after having a child: Sexuality becomes tailored according to circumstances », *Midwifery*, vol. 27, n° 2011, p. e149-e155.

MINICHIELLO, Victor, Saifur RAHMAN, Tinashe DUNE, John SCOTT et Gary DOWSETT (2013). « E-health : Potential benefits and challenges in providing and accessing sexual health services », *BMC Public Health*, vol. 13, n° 790, p. 1-7.

MOREAU, Denise, Viola POLOMENO, Jocelyne TOURIGNY, Marguerite SOULIÈRE, Marie-France LAFONTAINE, Julie GOSSELIN et Marie-Josée TRÉPANIER (2013). *Portrait et déterminants de la santé de familles francophones en situation minoritaire qui donnent naissance*

dans la région d'Ottawa, Ottawa, Canada. Présentation faite dans le cadre des conférences Programme d'excellence professionnel (PEP) et du Consortium national de formation en santé-Volet Université d'Ottawa en avril 2013.

OBORO, V.O. et T.O. TABOWEI (2002). « Sexual function after childbirth in Nigerian women », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 78, n° 3, p. 249-250.

OFFICE DES AFFAIRES FRANCOPHONES DE L'ONTARIO, OFA (2014). *Les francophones de l'Ontario - Données du recensement de 2011 selon la définition inclusive de francophone (DIF)*. En ligne : www.ofa.gov.on.ca/fr/franco-stats.html (consulté le 1er mai 2015).

OLFF, Julia (2013). *Addressing sexual health literacy : Highlights from a training workshop*. En ligne : http://surroundhealth.net/Topics/Health-throughout-the-life-span/Reproductive-and-sexual-health/Articles/Addressing-Sexual-Health-Literacy-Highlights-from.aspx (consulté le 1er mai 2015).

OLSSON, Ann, Martina LUNDQVIST et Elisabeth FAXELID (2005). « Women's thoughts about sexual life after child- birth: Focus group discussions with women after childbirth », *Scandinavian Journal of Caring Science,* vol. 19, n° 4, p. 381-387.

OLSSON, Ann, Eva ROBERTSON, Katarina FALK et Eva NISSEN (2011). « Assessing women's sexual life after childbirth: The role of the postnatal check », *Midwifery*, vol. 27, n° 2, p. 195-202.

POLOMENO, Viola (2000). « The Polomeno family intervention framework for perinatal education: Preparing couples for the transition to parenthood », *The Journal of Perinatal Education,* vol. 9, n° 1, p. 31-48.

POLOMENO, Viola (2007). « Marriage in the transition to parenthood: How can perinatal education help? Or can it? », *International Journal of Childbirth Education,* vol. 22, n° 3, p. 21-29.

POLOMENO, Viola (2011). « Men's sexuality in the perinatal period: What do perinatal educators need to know? », *International Journal of Childbirth Education*, vol. 26, n° 4, p. 35-39.

POLOMENO, Viola (2014). « A couples approach to the teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood », *International Journal of Childbirth Education,* vol. 29, n° 1, p. 78-85.

REICHENBACH, S., F. ALLA et J. LORSON (2001). « Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse : Une étude pilote portant sur 72 hommes », *Sexologies*, vol. 11, n° 42, p. 1-6.

REISSING, Elke D. et Gina DI GIULIO (2010). « Practicing clinical psychologists' provision of sexual health care services », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 41, n° 1, p. 57-63.

SACOMORI, Cinara et Fernando Luiz CARDOSO (2010). « Sexual initiative and intercourse behaviour during pregnancy among Brazilian women : A retrospective study », *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol. 36, n° 2, p. 124-136.

SAUVESTRE-FOUCAULT, Claire. « Sexualité du post-partum – evaluation des informations données aux couples lors de la grossesse et après l'accouchement et leur répercussion sur la reprise des rapports sexuels », mémoire pour le Diplôme d'État de Sage-Femme, Paris, France, Université Paris Descartes.

SHOJAA, Mahdieh, Leila JOUYBARI et Akram SANAGOO (2009). « The sexual activity during pregnancy among a group of iranian women », *Archives of Gynecology and Obstetrics,* vol. 279, n° 3, p. 353-356.

VAN ANDERS, Sari M., Lauren E. HIPP et Lisa Kane LOW (2013). « Exploring co-parent experiences of sexuality in the first 3 months after birth », *Journal of Sexual Medicine*, vol. 10, n° 8, p. 1988-1999.

VAN DER SHUEREN, Béatrice (2003). « La maternité est-elle sexuée ? », mémoire dans le cadre du Certificat de formation continue en sexologie clinique, Genève, Suisse, Université de Genève.

VON SYDOW, Kirsten (1999). « Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies », *Journal of Psychosomatic Research,* vol. 47, n° 1, p. 27-49.

WANG, Huan-ying, Xiao-yang XU, Zhen-wei YAO et Qin ZHOU (2003). « Impact of delivery types on women's postpartum sexual health », *Reproduction & Contraception,* vol. 14, n° 4, p. 237-242.

WANNAKOSIT, Salakjit et Vorapong PHUPONG (2010). « Sexual behaviour in pregnancy: Comparing between sexual education group and nonsexual education group », *Journal of Sexual Medicine,* vol. 7, n° 10, p. 3434-3438.

WARNKE, Jan et Louise BOUCHARD (2013). « Validation de l'équité d'accès des CLOSM aux professionnels de la santé des régions sociosanitaires du Canada », *Canadian Journal of Public Health,* vol. 104, n° 6 (suppl. 1), p. S49-S54.

WILLIAMSON, Moira, Carol MCVEIGH et Mercy BAAFI (2008). « An Australian perspective of fatherhood and sexuality », *Midwifery*, vol. 24, n° 1, p. 99-107.

Tableau 1 : Profil sociodémographique

Variables	Femmes N=67		Hommes N=67		Ensemble N=134	
	N	%	N	%	N	%
Âge						
- 22-27 ans	5	7,5%	2	3,0%	7	5,2%
- 28-33 ans	47	70,1%	36	53,7%	83	61,9%
- 34-39 ans	15	22,4%	29	43,3%	44	32,8%
Né(e) au Canada	58	86,6%	59	88,1%	117	87,3%
Statut civil						
- Marié(e)	-	-	-	-	104	77,6%
- Union de fait					30	22,4%
Niveau d'éducation complété						
- Études secondaires (incluant études professionnelles / Études collégiales	18	26,8%	10	14,9%	28	20,9%
- Études universitaires (baccalauréat)	39	58,2%	32	47,8%	71	53,0%
- Études supérieures (2e cycle, maîtrise, doctorat, post-doctorat)	10	14,9%	25	37,3%	35	26,1%
Revenu familial						
- 40-59 999$					1	0,7%
- 60-79 999$	-	-	-	-	29	21,6%
- 80-99 999$					35	26,1%
- 100 000$ et plus					64	47,8%
- Je ne sais pas					1	0,7%
- Je préfère ne pas répondre					4	3,0%
Langue comprise						
- Français	67	100%	67	100%	134	100%
- Anglais	65	97,0%	66	98,5%	131	97,8%
- Autre	10	14,9%	12	17,9%	22	16,4%
Langue maternelle						
- Français	65	97,0%	67	100%	132	98,5%
- Autre	2	3,0%	-	-	2	1,5%
Langue travail/extérieur de la maison						
- Français	25	37,3%	11	16,4%	36	26,9%
- Anglais	41	61,2%	55	82,1%	96	71,6%
- Autre : anglais et français	1	1,5%	1	1,5%	2	1,5%
Langue à la maison						
- Français	66	98,5%	66	98,5%	132	98,5%
- Anglais	1	1,5%	1	1,5%	2	1,5%
Langue préférée pour services de santé						
- Français	65	97,0%	65	97,0%	130	97,0%
- Anglais	1	1,5%	2	3,0%	3	2,2%
- Autre : pas d'importance	1	1,5%	-	-	1	0,7%
Langue utilisée dans les services de santé						
- Français	40	59,7%	38	56,7%	78	58,2%
- Anglais	25	37,3%	28	41,8%	53	39,6%
- Autre :	2	3,0%	1	-	3	2,2%
o dépend, mais anglais majoritairement	1	1,5%	-	-		
o français et anglais	1	1,5%	1	1,5%		

Tableau 2 : Niveau de confort à parler de sexualité

Sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente un grand inconfort et 10 un grand confort, veuillez indiquer le chiffre qui correspond à votre niveau de confort à parler de sexualité avec un/une professionnel(le) de la santé pendant la période périnatale.

	Femmes N=67 (100%)	Hommes N=67 (100%)	Ensemble N=134 (100%)
0	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)
1	0 (0%)	2 (3,0%)	2 (1,5%)
2	3 (4,5%)	1 (1,5%)	4 (3,0%)
3	6 (9,0%)	5 (7,5%)	11 (8,2%)
4	1 (1,5%)	3 (4,5%)	4 (3,0%)
5	0 (0%)	6 (9,0%)	6 (4,5%)
6	4 (6,0%)	15 (22,4%)	19 (14,2%)
7	13 (19,4%)	19 (28,4%)	32 (23,9%)
8	15 (22,4%)	9 (13,4%)	24 (17,9%)
9	11 (16,4%)	4 (6,0%)	15 (11,2%)
10	12 (17,9%)	1 (1,5%)	13 (9,7%)
Moyenne	7,2	6,0	6,6
Écart type	2,60	2,16	2,46

Tableau 3 : Détails des rencontres et suivis

	Rencontres prénatales	Rencontres postnatales	Suivi prénatal	Suivi postnatal
Professionnel impliqué	- 62,5% : sage-femme - 37,5% : médecin	- 83,3% : sage-femme - 16,7% : médecin	-48,3% : sage-femme -51,7% : médecin	- 11,4% : sage-femme - 87,7% : médecin
Type de rencontre	- 75% : en privé - 25% : en groupe	- 100% : en privé	-	-
Sujet abordé par le professionnel	100%	100%	72,4%	57,9%
Sujets les plus discutés (par ordre décroissant d'importance)	- 100% : croyances, peurs et considérations envers la sexualité - 93,8% : désir sexuel ; problèmes sexuels chez la femme ; image corporelle ; impact de la fatigue sur la sexualité - 87,5% : pénétration vaginale (coït)	- 100% : pénétration vaginale (coït) ; désir sexuel ; problèmes sexuels chez la femme ; contraception postnatale - 83,3% : croyances, peurs et considérations envers la sexualité ; image corporelle ; impact de la fatigue sur la sexualité ; impact de l'allaitement sur la sexualité	- 86,2% : pénétration vaginale (coït) - 62,1% : désir sexuel - 51,9% : problèmes sexuels chez la femme	- 86,8% : pénétration vaginale (coït) - 86,0% : contraception postnatale
Ressources ou outils reçus	100%	100%	37,9%	26,3%
Satisfaction : satisfaits ou très satisfaits	100%	100%	58,6%	29,8%

Note. Le terme médecin a été utilisé pour désigner à la fois un médecin de famille ou un gynécologue-obstétricien.

Tableau 4 : Sources consultées

Source	Pré			Post		
	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes
Internet	96,9%	94,7%	100%	93,7%	90,2%	98,0%
Amie/amies	51,5%	70,2%	25,0%	49,5%	77,0%	16,0%
Livre	35,1%	57,9%	2,5%	35,1%	60,7%	4,0%
Articles de revues, magazines et journaux	21,6%	35,1%	2,5%	25,2%	44,3%	2,0%
Famille	8,2%	14,0%	0%	15,3%	27,9%	0%
Télévision	1,0%	1,8%	0%	0,9%	1,6%	0%

Chapitre 8 : Discussion et conclusion

8.1. Éléments clés et liens entre les articles

L'objectif de cette enquête descriptive et exploratoire sous forme d'étude de cas était de faire le portrait de l'expérience sexopérinatale de 67 couples parentaux FSLM de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Les trois questions de recherche ont été répondues, concernant respectivement le vécu en matière de sexualité périnatale, les besoins envers les services de santé en matière de sexopérinatalité ainsi que les services en français offerts, utilisés, manquants et souhaités dans le domaine. En répondant à ces trois questions, cette recherche permet de contribuer au développement des connaissances en sexopérinatalité d'un point de vue canadien et international, tout en permettant de contribuer à l'élaboration du portrait de santé sexuelle des FSLM, population encore peu documentée dans le domaine.

Pour obtenir un portrait global de l'expérience sexopérinatale chez ces couples parentaux, une logique inverse a été utilisée pour définir et répondre aux trois questions de recherche : pour étudier les services sexopérinataux en français pour les FSLM, il faut d'abord savoir leurs besoins; pour savoir leurs besoins, il faut avant tout connaître leur vécu; et avant de connaître leur vécu, il faut savoir ce que la littérature dit sur la sexopérinatalité pour avoir un certain point de repère et en savoir plus dans le domaine avant même de commencer l'investigation. Grâce à quatre articles complémentaires, l'expérience sexopérinatale multidimensionnelle recherchée a pu être circonscrite. L'article 1, avec deux parties consécutives et complémentaires, a permis de mettre à jour un examen de la portée sur la sexopérinatalité servant de recension sur le sujet. Cet examen de la portée a situé le sujet de la sexopérinatalité dans un contexte global de recherche et a permis de décrire le portrait de l'expérience sexopérinatale internationale en regroupant les données empiriques de 123 articles publiés dans les 15 dernières années en français et en anglais. Par la suite, l'article 2 et l'article 3 ont rapporté le vécu sexopérinatal de notre population d'intérêt, les FSLM, d'un point de vue quantatif et qualitatif, respectivement. Ces deux articles ont donc répondu, en complémentarité, à la 1ère question de recherche. Enfin, l'article 4 s'est attardé aux besoins et aux services sexopérinataux en français, ce qui a permis de répondre à la 2e et à la 3e question de recherche de cette étude.

L'examen de la portée (Article 1) a été divisé en deux parties se succédant : la première esquisse un portrait des 123 recherches recensées sur la sexualité périnatale et rassemble les données concernant la sexualité pendant la grossesse, tandis que la deuxième aborde la sexualité lors du travail et de l'accouchement, la sexualité postnatale ainsi que la sexualité en contexte d'allaitement. Pris ensemble, ces articles ont permis de constater que les expériences sexopérinatales sont diversifiées et variables entre les couples. Certains éléments sont toutefois récurrents et constituent des tendances générales sexopérinatales. Pendant la grossesse, une diminution graduelle et progressive de la plupart des comportements sexuels et de l'expression sexuelle générale est typique, avec une baisse marquée au début de la grossesse et au 3^{e} trimestre. Après la grossesse, un moment relativement inactif de sexualité est présent dans les premiers mois après l'accouchement, suivi d'une reprise graduelle de la sexualité entre 3 à 6 mois postnataux et se poursuivant jusqu'à 12 mois et plus. Pour sa part, la sexualité pendant le travail et l'accouchement constitue un sujet tabou et le peu de données disponibles sur le sujet esquissent un portrait polarisé des expériences. D'un côté, des expériences sensuelles et érotiques possibles sont rapportées et de l'autre, des expériences de traumatisme avec des effets négatifs sur la sexualité postnatale sont vécues. Pour ce qui est de la sexualité pendant l'allaitement, le sujet est également tabou, mais des impacts négatifs courants sur la sexualité des femmes sont documentés. Dans tous les cas, les femmes sont particulièrement affectées par les fluctuations sexopérinatales, mais les hommes aussi n'y échappent pas, même si les données sur ces derniers sont plus limitées. De plus, une multitude de facteurs physiologiques et psychologiques simultanés affectent l'expression sexuelle des couples à différents degrés pendant et après la grossesse. Les fluctuations intimes et sexuelles constituent donc des phénomènes courants, naturels, temporels et temporaires durant la transition à la parentalité. Pour contrer les effets négatifs à court, moyen et long terme en découlant, l'intervention sexopérinatale incluse dans les soins de santé périnataux holistiques peut s'avérer utile en favorisant le maintien d'une relation intime et sexuelle positive chez les couples pour ultimement favoriser leur union et leur famille.

Pour ce qui est des résultats originaux émanant de cette recherche, les annexes 16 et 17 présentent respectivement des tableaux récapitulatifs des 67 couples participants au questionnaire (partie quantitative reliée à l'article 2) et des 5 couples participants à l'entrevue

de couple (partie qualitative reliée à l'article 3). Pour leurs parts, l'annexe 18 présente l'ensemble des résultats quantitatifs et l'annexe 19 détaille les résultats qualitatifs, résultats repris en partie par les articles 2 et 3. Plusieurs données qui y sont présentées n'ont pas été retenues dans les articles, faute d'espace, mais sont présentes dans ces annexes complètes.

En général, les articles 2 et 3 ont démontré que les 67 couples parentaux FSLM recrutés ont un portrait sexopérinatal similaire au portrait typique esquissé par la littérature dans le domaine. Le premier constat évident concerne la variabilité des expériences entre les couples, mais aussi au sein des couples mêmes, entre les individus. Le deuxième constat unanime concerne une période de changements d'ordre sexuel pour les couples parentaux en période périnatale. Même si les couples interrogés restent heureux et satisfaits de leur relation en général, ils vivent quand même une baisse significative de la qualité de leur relation entre la période prénatale et postnatale. Parallèlement, plusieurs composantes sexuelles se détériorent et/ou ralentissent au fil de la grossesse, notamment la fonction sexuelle générale, le désir sexuel, les activités sexuelles et la qualité de la relation intime, avec un déclin prononcé en fin de grossesse et après l'accouchement pouvant s'étirer jusqu'à plus de six mois postnataux. La fonction sexuelle des femmes et des hommes en période postnatale est davantage affectée négativement qu'en période prénatale. Plus particulièrement, la fonction sexuelle moyenne des femmes devient dysfonctionnelle, la proportion de femmes rapportant vivre des dysfonctions sexuelles augmente considérablement entre pré et post (passant de 17,9% à 68,7%) et la douleur lors des activités sexuelles est significativement plus présente en post. Il y a aussi présence d'une multitude de facteurs physiques et psychologiques qui affectent à différents degrés la sexualité des couples : peurs, stress, fatigue, manque de sommeil, inconfort, douleur, allaitement, présence de lacérations/déchirures suite à l'accouchement, traumatisme à l'accouchement, dépression, changement dans l'image corporelle. Peu importe l'ampleur des fluctuations sexuelles, tous les couples parentaux doivent ajuster et s'adapter aux changements sexuels vécus. L'importance du maintien de la relation de couple par le biais du soutien, de la compréhension réciproque et de la communication est mise de l'avant comme moyen d'adaptation permettant de maintenir le lien et la satisfaction dans le couple.

8.2. Résultats originaux

Quelques résultats originaux et d'exception méritent une certaine attention concernant l'expression sexuelle périnatale de l'échantillon recruté. Tous les résultats trouvés lors de cette étude en lien avec ces sujets contribuent directement au développement des connaissances sur la sexopérinatalité. Ces résultats sont révélateurs de nouvelles dimensions et de facteurs particuliers dont il faut tenir compte et inclure plus systématiquement dans les recherches pour avoir un portrait plus complet de l'expérience sexopérinatale. D'abord, 28,4% des hommes interrogés ont affirmé que le fait d'assister à l'accouchement a eu un impact négatif sur leur sexualité postnatale; parmi eux, 47,4% ont dit en période prénatale de pas avoir eu envie d'y assister et 63,2% se sont sentis obligés d'y assister. Le traumatisme relié à la naissance est un concept qui n'a été exploré chez les hommes que par White (2007) et les liens entre ce traumatisme et le vécu sexuel postnatal sont à extrapoler pour mieux les comprendre. Pour l'homme, assister à l'accouchement de sa partenaire peut faire ressurgir en lui différents sentiments négatifs en période postnatale qui à leur tour peuvent avoir une influence sur sa sexualité ultérieure. Par exemple, un homme qui assiste à un accouchement peut involontairement garder en mémoire l'image du vagin de sa partenaire lors de l'accouchement (potentiellement distendu, enflé et différent), image qu'il peut inconsciemment exagérer et déformer, ce qui peut nuire à sa vision et perception sexuelles ultérieure du vagin. Aussi, si un homme assiste à un accouchement difficile, il peut aussi rester marqué par un sentiment d'impuissance ou même de dégoût qui peuvent affecter son imaginaire érotique ultérieur. De plus, le fait d'être forcé à assister à l'accouchement ainsi que le sentiment d'obligation d'y assister et leur potentielle influence réciproque et concomittante sur le traumatisme relié à la naissance, et par extension sur la sexualité postnatale, mériteraient une attention particulière dans de futures recherches.

Une deuxième donnée originale concerne le taux de dépression postnatale chez hommes, qui se chiffrait à 6,0%, et son impact négatif sur la sexualité postnatale. La dépression postnatale est un facteur psychologique qui a une importante influence sur la sexualité après l'accouchement chez les femmes (Chang, Chang, Chen & Lin, 2010 ; Chivers et al, 2011 ; Cronin, 2003 ; Moel, Buttner, O'Hara, Stuart & Gorman, 2010 ; Morof, Barrett, Peacock, Victor & Manyonda, 2003), mais l'impact sur la sexualité des hommes est largement sous-étudié (de Montigny, Girard, Lacharité, Dubeau & Devault, 2013).

Un troisième groupe de résultats originaux émanant de cette étude concernent les taux et leurs fluctuations des pratiques sexuelles autres que le coït, tels que la fellation, le cunninlingus, la masturbation, la pénétration anale et les jouets sexuels. Ces comportements sexuels font l'objet de peu d'études (Barrett et al., 2000 ; Bartellas et al., 2000 ; Chivers et al., 2011 ; Doucet-Jeffray et al., 2004 ; Fok et al., 2005 ; Hipp, Low & van Anders, 2012 ; Liu, Hsu & Chen, 2013 ; Morof et al., 2003 ; Pauleta, Pereira & Graça, 2010 ; Reichenbach et al., 2001 ; Shojaa et al., 2009 ; Sossah, 2014 ; van Anders et al., 2013 ; Von Sydow, 2002 ; Von Sydow, Ullmeyer & Happ, 2001). Le coït reste le comportement sexuel le plus renseigné et le plus souvent utilisé comme variable de référence en matière d'activités sexuelles et ce, même si les comportements et activités sexuelles constituent un ensemble beaucoup plus riche et diversifié que les pratiques coïtales. Le coït est souvent considéré comme « Le » comportement sexuel normatif qui dicte la sexualité hétérosexuelle; questionner les normes sociales entourant l'hiérarchisation des différents comportements sexuels et le règne du coït comme mesure de sexualité ultime sont des avenues intéressantes à explorer ultérieurement, en contexte périnatal et en général.

Un quatrième résultat intéressant concerne les changements des positions sexuelles en période périnatale. Seules quelques études ont déjà exploré ces changements (Bartellas et al., 2000 ; Doucet-Jeffray et al., 2004 ; Gokyildiz & Beji, 2005 ; Moodley & Khedun, 2011 ; Reichenbach, et al., 2001 ; Sacomori & Cardoso, 2010 ; Semkumwong et al., 2006 ; Shojaa et al., 2009 ; Uwapusitanon & Choobun, 2004) et aucune d'entre elles n'ont comparé les changements se produisant entre la période prénatale et postnatale comme l'a fait cette étude. Aborder les positions sexuelles dans des études scientifiques peut se heurter à différentes réticences, notamment en matière d'éthique. Toutefois, inclure une telle variable est bénéfique à la recherche et permet de mieux comprendre le vécu sexuel.

En cinquième lieu, des données concernant les rêves érotiques chez les femmes pendant la grossesse ont été recueillies dans cette étude (65,7% ont eu plus de rêves érotiques), alors qu'aucune donnée sur un tel phénomène n'avait été répertorié auparavant dans le domaine. L'imaginaire érotique est un pendant de la sexualité humaine très peu étudié en général hors du contexte clinique et thérapeutique, particulièrement en psychanalyse. Pourtant, l'imaginaire et la fantasmatique érotiques et sexuels des êtres humains peuvent avoir une influence à différents degrés sur les comportements sexuels des

êtres humains et s'y attarder est nécessaire. Les femmes enceintes ont-elles plus de rêves érotiques pour compenser le ralentissement de leur expression sexuelle générale? En ont-elles plus à cause de changements d'hormones vécus? S'en souviennent-elles tout simplement davantage lors de la grossesse? Plusieurs questions de recherches peuvent découler du constat recueilli ; leur répondre dans d'éventuelles recherches pourrait contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine imaginaire érotique et sexuel.

L'absence de données dans le domaine sexopérinatale concerne aussi les réactions détaillées d'ordre sexuel des hommes lors de l'allaitement. Dans notre étude, elle ont toutefois été recueillies auprès notre échantillon (16% étaient excités sexuellement et 14% se sont déjà masturbés lors de l'allaitement), ce qui bonifie d'autant plus le portrait sexopérinatal. Le tabou entourant la sexualité et l'allaitement doit être déconstruit et obtenir de telles données permet d'abord de démystifier le vécu et de normaliser ce que plusieurs vivent en silence, de peur d'être perçus comme pervers ou ayant des comportements sexuels inadéquats. Les réactions sexuelles des hommes lors de l'allaitement devraient être perçus comme des comportements sexuels possibles sur le continuum de la sexualité périnatale pour éviter d'amplifier les tabous et pour dédramatiser les vécus de certains.

Enfin, les données obtenues sur l'infidélité pendant la grossesse chez les deux sexes (4,5% des femmes et 6,0% des hommes) ainsi qu'en période postnatale (0% des femmes et 11,9% des hommes) constituent des données rares dans les recherches en sexopérinatalité puisque les seules données dans le domaine concernent l'infidélité chez les hommes seulement et proviennent d'une fraction d'études sexopérinatales (Ali & Cleland, 2001 ; Doucet-Jeffray et al., 2004 ; Lawoyin & Larsen, 2002 ; Onah, Iloabachie, Obi, Ezugwu & Eze, 2002 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Whisman, Gordon & Chatav, 2007). Le domaine de l'infidélité est étroitement liés aux valeurs et aux normes sociales qui diffèrent d'une population à une autre, d'un contexte à un autre et même d'un individu à l'autre. Le concept même d'infidélité diffère dans ses définitions et dans ses caractéristiques en fonction de multiples facteurs, notamment les croyances personnelles, sociales et religieuses/spirituelles. Les données recueuillies ici sont la preuve que l'infidélité conjugale n'est pas toujours reléguée à l'homme, stéréotype largement véhiculé dans la société occidentale, et que même dans les couples qui se disent heureux et qui ont un plan de vie commun (dans ce cas-ci, avoir un enfant), l'infidélité peut avoir lieu. L'infidélité est un concept variable pour chaque

être humain et sa présence ne signifie pas nécessairement manque d'amour, de cohésion ou de bonheur dans le couple; il faut éviter de démoniser un tel concept et plutôt essayer de mieux comprendre ce qu'il sous-entend dans chaque cas.

Bref, la recherche entreprise ici a permis d'obtenir des données rares et sous-étudiées en matière de sexopérinatalité dont il faut tenir compte dans les recherches à venir pour avoir un portrait complet de la sexualité périnatale.

8.3. Vulnérabilité sexuelle

Grâce aux données sexopérinatales recueuilles par cette étude, il est possible d'affirmer et de confirmer que la sexualité des couples parentaux constitue un domaine particulièrement vulnérable et affecté durant la transition à la parentalité, alors que parallèlement, la relation de couple n'est presque pas affectée, du moins pas au point d'être devenue problématique comme le domaine sexuel l'est pour une majorité de couples. Dans un premier temps, les données recueillies par le biais de notre échantillon soutiennent l'existence de la vulnérabilité sexuelle accrue des couples parentaux lors de la transition à la parenalité que plusieurs recherches ont auparavant soulignée (Ahlborg et al., 2005b ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Frascardo-Moutinot et al., 2009 ; Holmes et al., 2013 ; Litzinger & Gordon, 2005 ; National Marriage Project, 2011 ; Von Sydow, 1999). La dimension la plus affectée et la plus vulnérable lors de la transition à la parentalité est effectivement la sexualité. Cette vulnérabilité sexuelle accrue peut être expliquée par l'acquisition d'une nouvelle identité et d'un nouveau rôle psycho-socio-sexuel. Lors de la transition à la parentalité, le nouveau rôle de parent s'ajoute (Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Favez, 2013 ; Frascardo-Moutinot et al., 2009 ; Glade et al., 2005) aux rôles déjà présents de partenaire relationnel et de partenaire sexuel. Cette addition crée alors un conflit de rôle qui constitue la prémisse de la réduction sexuelle typique lors de la transition à la parentalité. En effet, le conflit entre les trois rôles psycho-socio-sexuels est au cœur du vécu sexopérinatal : chaque membre du couple adopte le nouveau rôle de parent qui éclipse temporairement et à différents degrés les rôles de partenaire sexuel et de partenaire relationnel. L'enfant, ses soins ainsi que l'attention et l'énergie acrrues portées sur celui-ci deviennent des nouvelles priorités pour les couples parentaux. De plus, l'énergie et l'importance sont aussi prioritaitement accordées à l'intégration et à l'adaptation du nouveau

rôle parental chez chaque membre du couple ainsi qu'à la gestion, à l'alignement, à la négociation et à la congruence de ces rôles réciproques entre les deux membres pour la formation d'une nouvelle identité et cohésion familiales. Bref, l'incorporation de ce nouveau rôle demande une redistribution de l'investissement dans les autres rôles (Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Glade et al., 2005). Par conséquent, cette redistribution est d'abord et avant tout faite au détriment du rôle de partenaire sexuel qui est mis de côté. Comme l'a démontré notre échantillon, presque toutes les composantes de la sexualité ont ralenti ou se sont transformées temporairement (et dans la majorité des cas, négativement) durant la transition à la parentalité chez le femmes et les hommes. Le fait que les femmes sont typiquement plus impliquées et investies dans les soins du bébé pourrait expliquer qu'elles sont plus affectées négativement au plan sexuel que leurs contreparties masculines. La sexualité des couples est donc le premier domaine qui vit des coupures d'énergie, de temps et d'attention pour favoriser l'arrivée d'un nouveau membre de la famille.

D'un autre côté, les données recueillies lors de cette recherche ne corroborent pas totalement les études sur la vulnérabilité conjugale vécue par les couples parentaux durant la transition à la parenatalité. Ces études avaient indiqué que cette transition constituait une période vulnérable pour la relation de couple et que le stress et changements vécus affectaient négativement la qualité de la relation conjugale, augmentant par le fait même les conflits conjugaux et diminuant la satisfaction conjugale (Ahlborg et al., 2005b ; Belsky & Pensky, 1988 ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Frascardo-Moutinot et al., 2009 ; Glad et al., 2005 ; Gottman & Shapiro, s.d. ; Hawkins et al., 2006 ; Holmes et al., 2013 ; National Marriage Project, 2011 ; Pirak, s.d. ; Schulz et al., 2006 ; Shapiro et al., 2011 ; Shapiro & Gottman, 2005 ; Twenge et al., 2003 ; Von Sydow, 1999). Selon ces mêmes études, l'état de la relation de couple pouvait affecter à son tour la santé de la relation à court, moyen et long terme, la relation parent-enfant, le fonctionnement et la survie de la famille ainsi que le développement de l'enfant. Les données obtenues lors de cette recherche nuancent toutefois ces constats. La dimension relationnelle et conjugales des couples parentaux étudiés vit en effet une diminution de la qualité de leur relation conjugale entre la période prénatale et postnatale, mais les couples sont quand même restés généralement heureux et satisfaits de leur relation. Dans l'ensemble, leurs scores se sont maintenus en haut des seuils de dysfonctionnements conjugaux. Les couples sont demeurés généralement satisfaits de leur

relation, se sont sentis encore proches l'un de l'autre, ont toujours démontré de l'affection l'un envers l'autre et ont gardé une cohésion de couple positive pendant la transition à la parentalité, même si une petite baisse significative s'est fait ressentir en période postnatale comparativement à la période prénatale. Bref, les couples restent relativement heureux et vivent une certaine stabilité relationnelle.

Le modèle écologique d'adaptation conjugale et familiale lors de la transition à la parentalité de Cowan et Cowan (1988, 2000) était au centre de notre conceptualisation théorique. Une de ses prémisses de base affirmait qu'il y avait une vulnérabilité accrue de la relation conjugale ainsi qu'une vulnérabilité accrue de l'intimité et de la sexualité du couple parental lors de la transition à la parentalité. Les données rapportées par notre échantillon confirment une vulnérabilité sexuelle lors de cette transition, mais nuance plutôt la vulnérabilité conjugale. Notre échantillon a effectivement démontré une transformation et un ralentissement de la sexualité chez les couples parentaux sans une transformation relationnelle conjugale significative. La relation conjugale et la sexualité des couples sont donc deux domaines distincts qui ne sont pas affectés de la même façon par la transition à la parentalité. Plusieurs recherches avaient déjà soulevé le fait que la satisfaction conjugale ainsi que la qualité et l'état de la relation de couple sont directement reliés à l'intimité et à la sexualté des couples (Ahlborg et al., 2005b ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Frascardo-Moutinot et al., 2009 ; Litzinger & Gordon, 2005 ; National Marriage Project, 2011 ; Von Sydow, 1999). Si la dimension sexuelle est affectée négativement à long terme, cela peut avoir des répercussions sur la relation conjugale et la déstabiliser à moyen ou long terme, les deux étant fondamentalement et intimement liées. La question à se poser ici est donc : pourquoi les couples FSLM interrogés dans cette étude ne vivent-ils pas une transformation significativement plus grande en matière de relation de couple? Une explication possible se trouve directement dans les données recueillies dans le cadre du volet qualitatif de cette étude. Lors des entrevues de couples, plusieurs d'entre eux ont mentionné des moyens d'adaptation aux changements et fluctuations d'ordre sexuel qu'ils utilisaient pour maintenir l'intimité et la connection dans le couple et pour contrebalancer la diminution de l'expression sexuelle vécue. Pour que le couple reste un couple malgré les fluctuations et difficultés d'ordre sexuel vécues, ils ont mis l'emphase sur la communication dans le couple et ont donnée plus d'importance à l'ouverture, à l'humour, au travail d'équipe et à

l'importance de retrouver du temps pour le couple. Le maintien de la relation entre les membres du couple, renforcée par ces divers moyens d'adaptation, pourrait donc avoir servi d'ancrage pour contrebalancer les effets négatifs sur la sexualité; il serait intéressant d'approfondir le sujet dans des recherches ultérieures. C'est donc grâce au volet qualitatif de cette étude, qui se voulait complémentaire au volet quantitatif, qu'il a été possible de détailler et d'enrichir l'exploration des expériences sexopérinatales, que ce soit en matière de vécu, de besoins et de services d'ordre sexopérinatal, tout en permettant de faire ressortir des pistes sur les moyens d'adaptation et de d'ajustement des couples pour rester connectés quand ils vivent des fluctuations intimes et sexuelles. Ces données supplémentaires ont ainsi contribué à mieux comprendre l'adaptation relationnelle, intime et sexuelle des couples parentaux lors de la transition à la parentalité.

8.4. Services en matière de sexopérinatalité

Pour sa part, l'article 4 a permis d'identifier un différentiel inéquitable en matière de services de santé sexopérinataux dans leur langue pour les couples parentaux FSLM. Les données recueillies démontrent qu'ils ont des besoins d'informations et de soutien en matière de sexopérinatalité, considérant tous les changements qu'ils vivent. Pour eux, aborder la sexualité pendant la période périnatale est important et souhaité. Pour plusieurs parents, le désir d'être soutenu est notamment lié au désir d'être rassuré et de normaliser leur expérience en se comparant à d'autres vivant les mêmes changements. Ce désir utlime de normalisation des expérience est un concept intimement lié aux normes sociales qui dictent la sexualité contemporaine. Pourtant, une question fondamentale se pose : qu'est-ce que la normalité? La sexualité est un domaine où plusieurs cherchent à se comparer aux autres, à « entrer dans le moule » et à évaluer puis catégoriser ses propres comportements et attitudes d'ordre sexuel en fonction de repères extérieurs et relatifs à chaque population. Il est vital pour plusieurs êtres humains de pouvoir de situer dans le bassin général de population. Toutefois, il est important de questionner le concept même de normalité (qu'est-ce qu'être normal?) et se demander individuellement et collectivement si le désir d'être « normal » est vraiment utile pour vivre une sexualité épanouissante. La volonté d'être « normal » chez les couples parentaux en matière de sexualité est un réflexe inné, certes, mais questionner ce désir et les bienfaits ultimes de ce désir est important au bien-être individuel et collectif.

Parallèlement aux besoins criants des couples parentaux en matière de services sexopérinataux, la réponse professionnelle est inadéquate. En effet, les services sexopérinataux sont peu nombreux et limités. Pour ce qui est des services sexopérinataux en français, ils sont manquants dans la plupart des cas. Pour une majorité des FSLM interrogés, la langue, par le biais du statut FSLM, n'influence pas directement le vécu sexopérinatal, mais module clairement l'accès, la qualité et la satisfaction envers les services de santé sexopérinataux. La langue devient un obstacle supplémentaire quand il s'agit d'aborder et de discuter de sexualité périnatale dans les services de santé. De par leur langue, les FSLM n'ont pas accès à des services sexopérinataux appropriés et adéquats qui pourraient leur être bénéfiques durant la transition à la parentalité. Les FSLM d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario ne constituent probablement pas la seule population ontarienne à avoir un obstacle de langue en matière de soins sexopérinataux (il suffit de penser aux populations immigrantes et allophones), mais l'intérêt particulier qui leur a été porté permet de faire ressortir leur vulnérabilité linguistique singulière en lien avec le domaine sexopérinatal.

8.5. Les FSLM

Dans le contexte sexopérinatal, les FSLM sont donc au cœur d'un état de double vulnérabilité : ils vivent une vulnérabilité sexuelle doublée d'une vulnérabilité linguistique. Les couples parentaux FSLM traversent d'emblée une période vulnérable (soit plus fragile et sensible) pour leur sexualité durant la transition à la parentalité; même s'ils sont heureux et vivent une certaine stabilité conjugale, leur sexualité, elle, est affectée. Le fait d'aborder et de discuter de sexualité périnatale dans sa propre langue n'est déjà pas évident à cause de la présence de gêne, d'inconfort et de tabou associés au sujet qui le rend plus délicat et sensible à aborder (Bartellas et al., 2000 ; Fok et al., 2005 ; Reichenbach et al., 2001 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Shojaa et al., 2009 ; Wang et al., 2003). L'incompatibilité entre la sexualité et la grossesse, l'accouchement, la période postnatale ainsi que l'allaitement est largement ancrée dans la pensée populaire. La période périnatale accentue l'emphase sur le bébé et sur le rôle de parent ; être à la fois un parent et un partenaire sexuel est souvent vu comme quelque chose d'inconciliable, surtout chez la femme. Cela crée donc d'emblée un obstacle et une vulnérabilité d'ordre sexuel. Cette vulnérabilité sexuelle en période périnatale est aussi le produit de cette gêne, inconfort et tabou que les professionnels de la santé ont envers le

sujet également (Olsson et al., 2011 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Van der Shueren, 2003 ; Von Sydow, 1999 ; Wang et al., 2003). L'inconfort des professionnels de la santé envers la sexualité n'est pas restreint au domaine périnatal (Church, de Koning, Hilber, Ormel & Hawkes, 2010 ; de Pierrepont & Polomeno, 2014, 2015 ; Reissing & Di Giulio, 2010), mais ce dernier a notamment été documenté par plusieurs études (de Pierrepont & Polomeno, 2014, 2015 ; Olsson et al., 2011 ; Sauvestre-Foucault, 2011 ; Van der Shueren, 2003 ; Von Sydow, 1999 ; Wang et al., 2003). Les couples vivent donc un obstacle à aborder et à discuter de sexualité périnatale qui est d'autant plus amplifié à cause des professionnels qui sont eux aussi peu informés, peu formés et réticents à parler de sexualité et ce, pour les mêmes raisons et plus encore.

Lors de leur contact avec les services de santé, une majorité de couples parentaux FSLM vivent une vulnérabilité supplémentaire de par l'obstacle additionel causé par leur statut de langue minoritaire. Le fait de parler de sexualité périnatale dans une autre langue renforce le tabou et l'inconfort ; il est beaucoup moins aisé de discuter d'un tel sujet dans une langue qui n'est pas sa propre langue maternelle, même si la connaissance de cette langue est bonne. Lacaze-Masmonteil et collègues (2013) ont clairement démontré que l'incompatibilité linguistique lors des soins périnataux pouvait avoir des impacts négatifs sur l'accouchement ainsi que sur la santé de la mère et de l'enfant en période postnatale; dans le cas de l'incompatibilité linguistique en matière de soins de santé concernant la sexualité périnatale, l'effet peut être le même. Les spécificités et la complexité de sa deuxième langue parlée peut accentuer l'inconfort et la capacité de poser des questions justes pour obtenir des réponses adéquats. Les couples parentaux FSLM vivent donc un obstacle et une vulnérabilité d'ordre linguisique dédoublée d'un obstacle et d'une vulnérabilité d'ordre sexuel. En tant que francophones dans une province et dans une région où le bilinguisme est prôné, mais où les services de santé en français restent limités, les FSLM restent sujets à des inégalités de soins de santé de par leur langue (Bouchard et al., 2012b ; Bouchard & Desmeules, 2013 ; Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert & Dubois, 2009 ; Corbeil & Lafrenière, 2010 ; FCFA, 2001 ; Forgues & Landry, 2014 ; Gagnon-Arpin & Bouchard, 2011 ; Warnke & Bouchard, 2013). Si les soins de santé en matière de sexopérinatalité ne tiennent pas compte des obstacles linguistiques de cette population, la stigmatisation et la vulnérabilité des couples parentaux FSLM se voit accentuée. La langue fait partie de l'identité sociale et

culturelle d'une population ; il faut en tenir compte au sein des services de santé santé pour mieux répondre à leurs besoins spécifiques, particulièrement en matière de sexualité et de sexualité périnatale.

8.6. Forces et limites de l'étude

Cette étude possède des limites et des forces. Premièrement, l'examen de la portée en tant que tel en possède des spécifiques. Ce dernier s'est limité aux articles empiriques contenant des données originales; aucun article critique, théorique ou provenant de la littérature grise (articles non publiés, en rédaction ou en processus de soumission) n'ont été inclus, ce qui est possible et souvent le cas dans un examen de la portée. Toutefois, considérant l'importante quantité d'articles empiriques inclus, il a été jugé judicieux de se limiter à ces derniers dans un premier temps. Il serait judicieux d'inclure dans une étude consécutive et complémentaire les types d'articles exclus dans celle-ci. Deuxièmement, des limites concernant la langue (français et anglais) et les années de publication des articles retenus (2000 à 2015) ont été mises en place dans cet examen de la portée. De telles restrictions ont toutefois permis poursuivre dans la voie de la méta-analyse de Von Sydow de 1999, article qui reste toujours la référence en sexopérinatalité de nos jours. En continuant la mise à jour des données sexopérinatales avec les articles suite à 1999, cet examen de la portée constitue une suite logique temporelle. Troisièmement, il est difficile d'arriver à des constats unanimes avec les données de cet examen de portée. Il est en effet impossible, dans bien des cas, de comparer les résultats entre eux à cause du manque de consensus sur les méthodes de recherches, sur les outils et mesures utilisés et sur la définition même des variables utilisées. Toutefois, le but ultime d'un examen de la portée n'est pas d'en arriver à des statistiques englobantes comme les méta-analyses, mais bien de seulement présenter l'étendue des résultats de divers types d'études, ce qui a été fait ici. Quatrièmement, la diversité des échantillons analysés empêche également la généralisation des résultats; les considérations socio-culturelles, religieuses et spirituelles de chacun des échantillons doivent être tenues en compte. Encore une fois, il est important de rappeler que le but d'un examen de portée n'est pas d'en arriver à des résultats généralisables, mais bien de donner un aperçu complet des l'étendue des données, ce qui a été réussi dans ce cas-ci.

Pour ce qui est de l'étude même en lien avec les articles 2, 3 et 4, sept limites principales peuvent être soulevées. En premier lieu, une des principales limites de cette étude concerne le recrutement et ce, en deux temps. D'abord, il a été très difficile de recruter des couples participants pour cette étude pour obtenir un échantillon de taille suffisant permettant les analyses voulues. Lors des rencontres avec de nombreux couples potentiels au Baby-Show (source de recrutement qui a permis d'enroller la majorité des participants en 2 jours seulement), plusieurs d'entre eux ont signalé un certain intérêt d'emblée à participer; leur curiosité était forte au départ quand ils apercevaient l'affiche de recrutement et beaucoup ont approché le kiosque pour avoir de l'information supplémentaire. Toutefois, une majorité ont finalement décliné l'invitation quand le sujet de l'étude leur a été expliqué en profondeur. La gêne et l'inconfort des couples étaient évidentes par rapport au sujet délicat qu'est la sexualité; quand ils réalisaient qu'ils allaient devoir réfléchir et évaluer leur sexualité sous toutes les coutures, plusieurs ont refusé de participer. Toutefois, le fait que les questionnaires soient en ligne a favorisé la participation de plusieurs. Plusieurs couples rencontrés au Baby-Show étaient d'abord incertains de volonté de participer, mais une fois que la démarche a été expliquée, nombreux sont ceux qui ont avoué être soulagés que le tout soit en ligne comparativement à une méthodologie utilisant des questionnaires papier. L'anonymat et la confidentialité des questionnaires en ligne sont des atouts qui ont été souvent soulevés par les couples. L'accessibilité des questionnaires a aussi été soulevé, les nouveaux parents rappelant constamment que leur horaire est chargé avec le nouveau bébé et que les questionnaires papiers ne sont pas évidents à remplir et à renvoyer dans les délais prescrits. Bref, le fait que les questionnaires soient en ligne ont permis d'inciter plusieurs couples parentaux à participer à l'étude.

Les difficultés de recrutement ne se sont toutefois pas limitées aux participants pour la partie quantitative de l'étude; il a été d'autant plus difficile d'en recruter pour les entrevues de couples optionnelles et complémentaires. L'invitation à parler en profondeur de la sexualité en couple avec une étrangère en a rebuté une grande majorité : seule une fraction des 67 participants originaux ont en effet accepté de les compléter suite au questionnaire en ligne. Par le fait même, les analyses qualitatives et leur portée ont été d'autant plus limitées que les analyses quantitatives. Pourtant, d'importants efforts pour convaincre ont été mis en place, surtout auprès des hommes. Plus que cinq femmes ont eu envie de participer aux

entrevues, mais leur conjoint était réticent; malgré plusieurs échanges avec ces derniers, la plupart ont quand même refusé de le faire. Plusieurs hommes ont accusé des contraintes de temps, mais un malaise a été perçu chez plusieurs dans leurs réponses succintes; ce n'est toutefois qu'une impression générale perçue par la chercheure principale de cette étude. Il aurait fallu développer et utiliser des moyens innovateurs et de nouvelles techniques de persuasion pour convaincre de la nécessité de participer à une telle étude. Davantage de recherches sur de tels moyens d'incitation possible et plus de formation dans le domaine est nécessaire pour la chercheure de cette étude; l'accumulation d'expériences en recherche pourra aussi aider à développer un argumentaire plus étoffé et plus persuasif dans des recherche ultérieures.

Pour aider à d'éventuelles tentatives de recrutement ultérieures dans le domaine, les causes précises des refus auraient pu être plus détaillées et documentées afin de mieux les cerner et ainsi pouvoir agir directement sur elles. Aussi, pour contrer de tels problèmes de recrutement vécus, deux stratégies auraient pu être davantage renforcées. D'abord, comme la participation au Baby-Show l'a clairement démontré, il a été plus facile de recruter des participants quand la responsable du projet était en contact direct avec ces derniers. En prenant le temps de parler du projet et d'interagir avec les deux membres du couple en temps réel, il était beaucoup plus aisé de les convaincre de participer. Même si cela a demandé beaucoup d'énergie et de temps, cette approche directe et personnelle s'est avérée des plus efficaces. Il aurait donc été intéressant de faire davantage de présentations en personne de ce projet dans différents endroits stratégiques, comme dans les groupes de mamans, d'allaitement et de soutien ainsi que dans rassemblements périnataux et francophones de toutes sortes. Une présence dans les cours pré et postnataux aurait aussi certainement aidé le recrutement. Il faut toutefois rappeler que de telles demandes ont été faites auprès de plusieurs sources de recrutement et que toutes ont refusé catégoriquement, argumentant que le sujet de la sexualité était un sujet trop sensible et délicat. Pour s'assurer qu'une forme de recrutement soit possible, il aurait certainement fallu davantage de temps pour convaincre les instances décisionnelles des différentes sources de recrutement. Une deuxième stratégie de recrutement gagnerait à être développée : la promotion directe du projet par les différents professionnels de la santé impliqués en périnatalité. Les professionnels de la santé contactés ont majoritairement accepté de collaborer à la promotion de l'étude, mais la plupart ont

accepté seulement de laisser les dépliants de recrutement dans leur salle d'attente. Si le temps et les occasions l'avaient permis, il aurait été profitable de développer une relation professionnelle avec les différents acteurs de santé pour qu'ils fassent un effort supplémentaire lors de leurs consultations pour promouvoir l'étude à leurs patients. Une plus grande implication des professionnels de la santé dans le recrutement serait une avenue intéressant à développer dans le domaine, ce qui demanderait toutefois du temps supplémentaire et le développement d'un réseau solide, diversifié et intéressé au sujet avant même le début d'une telle étude.

En deuxième lieu, une autre limite de cette étude concerne les critères d'inclusion qui étaient très spécifiques, restreints et nombreux. Cela a inévitablement eu un impact sur le degré de difficulté du recrutement, mais aussi sur la taille de l'échantillon. Le choix des critères aurait pu être plus souple, mais chaque critère était important et était justifié pour une première étude descriptive rigoureuse auprès d'une population unique et spécifique.

En troisième lieu, le fait que l'échantillon recruté était un échantillon de convenance constitue une certaine autre limite. Il est logique de penser que les couples recrutés sont peut-être plus portés à être heureux dans leur relation conjugale (ce qui a été confirmé dans les analyses) que ceux qui ont vécu de plus grands problèmes et qui n'ont pas participé. La difficulté de recruter des couples qui vivent plus de problèmes est toutefois un obstacle difficile à minimiser, peu importe le domaine d'étude.

En quatrième lieu, la taille même de l'échantillon peut être considérée comme une limite dans une certaine mesure. Toutefois, dans les calculs originaux de puissance statistique (pré-analyses), le nombre de participants recrutés permettait d'atteindre la puissance statistique désirée (supérieure à 0,80) pour les analyses statistiques bivariées et inférentielles. Lors des calculs de puissance réelle, la majorité des calculs statistiques avancées ont atteint la puissance désirée, incluant la MANOVA qui demandait le plus ; seules quatre puissance d'analyses (ANOVAS) se sont avérées être entre 0,5 et 0,8. Par le fait même, la taille de l'échantillon n'est pas une limite en soi, puisqu'elle a permis l'atteinte d'une bonne puissance statistique dans la majorité des analyses.

En cinquième lieu, l'échantillon recruté n'est pas nécessairement représentatif de tous les franco-ontariens, de par sa taille, ses caractéristiques sociodémographiques (revenu familial élevé, éducation élevée) et son origine localisé (Ottawa et l'Est de l'Ontario).

Toutefois, la représentativité statistique n'était pas le but de cette étude de cas descriptive et exploratoire ; la généralisation théorique est plus appropriée en fonction du devis de recherche choisi. La théorie de la transition à la parentalité soutient que le domaine le plus vulnérable pour les couples parentaux est la sexualité ; notre étude confirme cette proposition théorique par les diverses fluctuations sexuelles périnatales et par l'expression sexuelle à la baisse chez les couples parentaux interrogés pendant et après la grossesse qui ont été démontrées dans notre échantillon.

En sixième lieu, un certain biais de rappel chez les participants peut aussi être considéré comme une limite de cette étude. Les parents recrutés entre six et 12 mois postnataux ont dû évaluer leurs comportements sexuels pendant la grossesse et les mois suivant l'accouchement, ce qui demande de se rappeller parfois de leur vécu d'il y a plus d'un an. Toutefois, un délai de rappel est courant dans le domaine sexopérinatal pour maximiser le recrutement de cette population qui change rapidement et qui est difficile à recruter. Ce délai de rappel est souvent d'au moins 9 mois et même parfois de 7 ans (Erenel et al., 2011 ; Hipp et al., 2012 ; Reichenbach et al., 2001 ; Sacomori & Cardoso, 2010 ; van Anders et al., 2013). Notre étude s'inscrit donc dans les normes.

Enfin, une dernière et septième limite de cette étude concerne l'impossibilité de comparer les données émanant de notre échantillon aux données des franco-ontariens et même aux ontariens, considérant l'absence de données sexopérinatales sur ces populations. Toutefois, comme cette étude est une pionnière dans le domaine, les données qu'elle a permis d'obtenir pourront servir de références ultérieures pour d'autres études. Quand un nouveau domaine de recherche s'ouvre, cette limite est normale et courante et ne devrait donc pas être considérée comme une faiblesse.

Malgré ces limites, l'étude présentée ici possède neuf principales forces qu'il faut mentionner. Les apports à la fois scientifiques et sociaux de cette recherche sont nombreux grâce à ses caractéristiques uniques et innovatrices. Premièrement, cette étude a mis l'emphase sur deux sujets fondamentaux à l'expérience humaine, mais encore peu recherchés. D'abord, une mise en lumière a été faite sur une composante souvent négligée en santé : la sexualité. Cette dernière est souvent oubliée comme dimension fondamentale de la santé globale humaine et la remettre en avant plan comme l'a fait cette étude est important. Une seconde mise en lumière a été faite sur une composante encore une fois souvent

négligée, mais cette fois-ci en matière de sexualité : la sexualité périnatale. La sexualité possède de multiples dimensions et celle de la santé reproductive doit être mise de l'avant et ne doit pas être limitée à la conception et à la contraception.

Deuxièmement, grâce à l'examen de portée entrepris, cette étude a permis de mettre à jour les connaissances sur la sexopérinatalité et d'esquisser un portrait des grandes tendances avec des données plus récentes et internationales. Cela a permis par le fait même d'identifier les lacunes encore existantes dans le domaine et les sujets qui sont moins renseignés ou qui comportent des données contradictoires, ce qui permettra inévitablement de mieux orienter les futures recherches dans le domaine. Dans le même ordre d'idées, cet examen de la portée fait suite à la méta-analyse de Von Sydow (1999) et permet, une fois analysé en complémentarité successive, d'avoir un portrait sexopérinatal complet depuis environ les années 1960 jusqu'à 2015. Les études sur la sexopérinatalité en français et en anglais d'un peu plus de cinq décennies ont donc été couvertes et analysées sous ces deux études complémentaires.

Troisièmement, le sujet particulier de cette étude, la sexopérinatalité, étudié dans une population très peu recherchée en santé et surtout en santé sexuelle, les FSLM de l'Ontario, a permis de faire de cette recherche une première en son genre. La combinaison d'un sujet et d'un contexte unique a permis d'élaborer cette première grande étude canadienne d'une nature singulière. Cela a directement contribué au portrait émergent de la périnatalité au Canada, tout en contribuant parallèlement au portrait de santé des FSLM au Canada, permettant ainsi le développement de connaissances dans ces deux domaines de recherche et d'intervention en santé.

Quatrièmement, en explorant le vécu, les besoins et les services, cela a permis d'obtenir un meilleur portrait de l'expérience sexopérinatale générale. En incluant ces trois dimensions, il a été possible de raffiner et de spécifier le concept d'expérience sexopérinatale, tout en développant une vision plus globale et englobante de ce qui se passe en matière de sexualité lors de la période périnatale. Ces trois dimensions de l'expériences sont complémentaires et interdépendantes; les analyser simultanément est donc des plus appropriés.

Cinquièmement, l'inclusion des deux membres du couple dans une même étude a également permis de d'obtenir un meilleur portrait de l'expérience sexopérinatale. En plus

d'analyser la sexopérinatalité sous les trois dimensions du vécu, des besoins et des services, elle a aussi été analysée en fonction de la vision des femmes, de la vision des hommes et, par la compilation et l'analyse conjointe des résultats, en fonction de la vision générale des couples. L'inclusion simultanée de l'homme et de la femme dans l'étude a donc permis de mieux couvrir les différentes expériences sexopérinatales chez les deux genres et chez le couple en offrant une vision triplement détaillée de la sexualité périnatale. Cette triple perspective ajoute une particuliarité intéressante à cette étude.

Sixièmement, l'utilisation d'un devis méthodologique mixte (multi-méthodes) pour mieux cerner les enjeux sexopérinataux des FSLM constitue une première et permet d'avoir un portrait plus complet et complémentaire grâce aux deux méthodes de recherche utilisées. Les données qualitatives sont venues compléter les données quantitatives, tout en offrant des spécificités quant au vécu, aux besoins et aux services en matière de sexopérinatalité.

Septièmement, cette étude a combiné des outils standardisés et d'outils spécifiquement développés pour le sujet et la population à l'étude pour mesurer la sexualité périnatale. L'utilisation d'échelles et d'index standardisés a ainsi permis de comparer la sexualité des FSLM aux autres populations déjà étudiées en sexopérinatalité sur certaines variables. Parallèlement, les deux sondages développés en français pour l'étude, un sur l'expérience sexopérinatale en détail des couples parentaux et l'autre sur les besoins et services de santé en sexopérinatalité dans un contexte linguistique minoritaire, ont permis d'obtenir des données originales et appropriées au sujet et à l'échantillon visé. La création de ces deux outils validés en matière de contenu et pré-testés avec des couples est innovateur et ouvre la porte sur leur validation complète ultérieure. Le sondage sur l'expérience sexopérinatale, particulièrement, pourrait devenir un outil des plus utiles pour évaluer d'une façon complète et précise la sexualité périnatale des couples.

Huitièmement, une des forces majeures de cette étude est l'inclusion d'une multitude de variables sexopérinatales soulevées par la littérature dans le domaine, le tout rendu possible par la combinaison et le développement d'outils discutés précédemment. En analysant l'ajustement dyadique, la qualité de la relation intime et conjugale, la fonction sexuelle (elle-même composée de 5 à 6 dimensions en fonction des sexes) ainsi que plus de 40 variables sexuelles spécifiques (42 variables pour les femmes et 45 variables pour les hommes), cette recherche est la première étude d'envergure qui tient compte d'autant de

variables en même temps en matière de sexopérinatalité. Cela a permis de donner un portrait plus complet de l'expérience sexopérinatale et d'obtenir des données sur des variables peu étudiées et recherchées jusqu'à présent.

La neuvième et dernière force de cette étude concerne la participation impressionnante des sujets recrutés. Même si leur nombre total n'est pas digne d'une étude populationnelle représentative et même si leur nombre a été encore plus restreint pour les entrevues, l'ensemble des participants se sont activement engagés dans l'étude avec rigueur et attention. Seuls deux questionnaires incomplets d'hommes ont causé le retrait de deux couples aux analyses. Ces deux hommes ont été contactés maintes fois pour leur rappeler leur participation et leurs conjointes réciproques ont aussi été impliquées dans ces rappels, mais leur inactivité perpétuelle a mené à leur exclusion en dernier recours. De plus, très peu de données sont manquantes dans les questionnaires complétés; les couples ont rigoureusement répondu à presque toutes les questions, même les plus sensibles et les plus privées. Enfin, le partage des expériences lors des entrevues a été très explicite et fait sans pudeur; les individus n'hésitaient pas à se livrer complètement, une fois la gêne du départ dissipée. Bref, la participation des sujets a été exceptionnelle et a permis ultimement d'obtenir des données de haute qualité.

8.7. Contributions à la santé des populations et implications de la recherche

8.7.1. Contributions à la santé des populations

Cette recherche contribue directement à la santé des populations en permettant d'acquérir une meilleure connaissance de la sexualité périnatale, un enjeu sexuel essentiel au cœur de la santé sexuelle et reproductive, qui elle-même est une composante fondamentale de la santé globale de l'humain (ASPC, 2008 ; Fédération canadienne pour la santé sexuelle, 2007). La sexualité périnatale est un sujet encore peu exploré dans le domaine de santé sexuelle en général, même si des changements et des fluctuations importants sont courants durant la transition à la parentalité et peuvent avoir un impact direct à court, moyen et long terme sur la femme, l'homme, le couple et par extension sur la famille et sur la société. Le fait de favoriser la santé sexuelle des couples en période périnatale s'inscrit dans une optique de promotion du bien-être de la santé de la famille en général ainsi que dans une optique de promotion du développement de l'enfant. En effet, la présence de problèmes conjugaux et/ou

d'une instabilité relationnelle et conjugale, liés à ou causés par des perturbations et à des fluctuations intimes et sexuelles vécues, peut avoir des impacts négatifs sur l'état des relations au sein de la famille, sur le fonctionnement de cette dernière et sur sa longétivité ainsi que sur le développement de l'enfant (Ahlborg et al., 2005b ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Foux, 2008 ; Frascardo-Moutinot et al., 2009 ; Gottman & Shapiro, s.d. ; Hawkins et al., 2006 ; Holmes et al., 2013 ; Litzinger & Gordon, 2005 ; National Marriage Project, 2011 ; Pirak, s.d. ; Polomeno, 1999a, 1999b, 2000a, 2000b, 2007 ; Schulz et al., 2006 ; Shapiro et al., 2011 ; Shapiro & Gottman, 2005 ; Von Sydow, 1999 ; Williamson et al., 2008). La relation conjugale est l'un des piliers centraux de la fondation de la famille (Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Frascardo-Moutinot et al., 2009 ; Polomeno, 1999a, 1999b, 2000b, 2007 ; Williamson et al., 2008) et l'intimité et la sexualité constituent une composante fondamentale de la relation de couple (Ahlborg et al., 2005b ; Cowan & Cowan, 1988, 1992, 2000 ; Frascardo-Moutinot et al., 2009; Litzinger & Gordon, 2005 ; National Marriage Project, 2011 ; Von Sydow, 1999). Les préserver et les favoriser simultanément est donc essentiel. S'attarder et intervenir en sexopérinatalité permet alors éventuellement d'avoir un impact global sur la santé sexuelle des couples parentaux canadiens et sur la santé des familles, ce qui concorde parfaitement avec la vision multidimensionnelle et multi-paliers prônée en santé des populations.

De surcroît, cette étude contribue directement au portrait sexopérinatal canadien et international émergent et encore peu développé; elle constitue une des premières incursions réelles dans le domaine sexopérinatal canadien et comble ainsi une des lacunes évidentes de recherche en santé et en santé sexuelle. Bref, s'intéresser à la sexualité périnatale dans un contexte de santé des populations est tout à fait approprié.

Parallèlement, cette recherche permet le développement des connaissances sur une population encore méconnue en matière de santé et surtout de santé sexuelle, les FSLM d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Cela favorise directement une meilleure connaissance d'une partie spécifique de la santé des FSLM en Ontario, la santé sexuelle périnatale. Cette étude permet aussi l'enrichissement de l'argumentaire des inégalités sociales de santé dû au statut minoritaire linguistique en Ontario. Les données obtenues constituent une preuve supplémentaire que la langue est un déterminant de la santé qui module l'accès, la quantité, la qualité (incluant la satisfaction) des services de santé, avec comme exemple le domaine

sexopérinatal. Cette étude contribue aussi au portrait de santé global et aux conditions d'accès aux services de santé pour les FSLM en Ontario. Bref, cette recherche permet de développer un domaine particulier en santé des populations au plan canadien qui mérite une attention particulière, la santé sexuelle des FSLM en Ontario.

Enfin, cette étude a permis le développement de pistes de recommandations pour les programmes de santé et de santé sexuelle adaptés aux conditions socio-linguistiques particulières en Ontario et ce, sur différents paliers de recherche et d'action. Grâce à ces recommandations émises, un enrichissement potentiel des programmes et des politiques en matière de sexopérinatalité est possible, le tout dans un effort collaboratif, continu et multi-paliers pour combler adéquatement les besoins en santé sexopérinatale des couples parentaux FSLM en Ontario. Cette recherche s'inscrit donc dans une vision équitable en santé des populations et dans une optique de promotion du couple, de la famille et de la société, voulant favoriser l'accès équitable et adapté aux services de soins collaboratifs, continus et durables en matière de santé sexuelle pour les canadiens, plus particulièrement en matière de santé sexuelle périnatale.

8.7.2. Implications et pistes de recommandations

En fonction des données obtenues, plusieurs implications peuvent être mises en lumières et certaines pistes de recommandations peuvent être émises en matière de formation et de pratique, de recherche ainsi que de théorie.

8.7.2.1. Formation et pratique

Un des premiers constats évidents émanant de cette étude concerne le manque d'interventions sexopérinatales auprès des couples parentaux. Pour contrer ce manque, augmenter les interventions sexopérinatales est d'abord et avant tout de mise. Les professionnels de la santé doivent davantage sensibiliser, informer, offrir du soutien, rassurer et normaliser les expériences des futurs et nouveaux couples parentaux en matière de sexualité pendant et après la grossesse. Pour que ces interventions deviennent un réflexe, puis une pierre angulaire des services de santé périnataux, la sexualité doit être incluse comme partie intégrante des suivis et des soins de routine pendant et après la grossesse. Pour faciliter un tel processus, tous les professionnels de la santé impliqués en périnatalité (médecins de famille, obstétriciens-gynécologues, infirmières, sages-femmes, éducateurs

périnataux, doulas) bénéficieraient d'une formation accrue en matière de sexualité pendant leur formation de base, avancée et continue en milieu de travail. En incluant des cours sur la sexualité dans leur curriculum de base et en leur offrant des opportunités pour pratiquer leurs aptitudes reliées, les différents professionnels de la santé pourront être mieux outillés et préparés à inclure d'emblée la sexualité dans leurs consultations de santé au profit des couples parentaux. Les obstacles de gêne et d'inconfort pourraient être contrés au début de leur formation et s'amenuiser au fil de leur pratique.

Concernant particulièrement les FSLM en Ontario, il serait important d'augmenter la disponibilité des professionnels de la santé francophones desservant les communautés minoritaires au plan linguistique. Pour ce faire, il faut d'abord et avant tout favoriser la formation professionnelle initiale et continue en français chez les professionnels de la santé. Il faut également augmenter les incitatifs à pratiquer en français et ce, dans les centres urbains et dans les régions éloignées, permettant une plus grande accessibilité aux populations francophones éparses en Ontario.

Un des enjeux pratiques, mais aussi relié à la formation, concerne l'adaptation des interventions sexopérinatales aux différents contextes linguistiques et socio-culturels des couples parentaux. Cette recherche a permis de constater que les considérations culturelles, religieuses, spirituelles et linguistiques peuvent avoir un effet sur le vécu et sur l'accès et la qualité des services de santé. Par le fait même, la formation en matière de sexualité dispensée aux différents professionnels de santé doit être sensibles aux différents contextes socio-culturels et favoriser une ouverture à ces derniers chez les professionnels.

Il n'y a pas que les professionnels de la santé qui doivent être sensibles aux enjeux sexopérinataux : les futurs et nouveaux parents ainsi que le public en général doivent aussi être sensibilisés et éduqués sur les fluctuations sexuelles possibles pendant et après la grossesse. Pour ce faire, le développement d'un dépliant et d'un site internet national bilingue sur le sujet comme outil de référence serait des plus appropriés, comme l'ont laissé entendre certains des participants interrogés. Cela permettrait de réunir toute l'information nécessaire et scientifique en deux vecteurs des plus prisés et accessibles aux futurs et nouveaux couples parentaux. Certains sites sur la sexualité, comme « masexualite.ca », site prisé en matière de sexualité au Canada, possède déjà quelques informations sur le sujet, mais l'approfondissement du contenu et l'élargissement de la section sur la question serait

bénéfique. De plus, un meilleur référencement, de meilleures publicités et une visibilité accrue d'un tel site sur les moteurs de recherche serait profitable pour mieux attirer et orienter plus rapidement les internautes dans leur quête d'informations sur le sujet. D'autres moyens de sensibilisation et d'information pourraient aussi être développés. Par exemple, l'insertion systématique de contenu en matière de sexualité périnatale dans les rencontres pré et postnatales pourrait aider. Dans le cas de l'Ontario, comme les rencontres périnatales de santé publique sont maintenant disponibles en ligne, du contenu spécifique et détaillé en matière de sexualité périnatale pourrait être ajouté. Il serait aussi possible d'offrir des ateliers spécifiques sur la sexualité périnatale en parallèle avec ces rencontres périnatales. De telles rencontres pourraient être offertes par le biais des nombreux organismes périnataux pour ainsi recruter plus facilement la clientèle cible.

En plus des enjeux sexopérinataux, les FSLM doivent aussi être sensibilisés et informés de leurs droits linguistique en matière de services de santé en Ontario. En étant davantage conscientisés de leurs droits, ils seront plus aptes à revendiquer des services adaptés à leur langue et pourront s'engager davantage dans la promotion et les actions menant à l'accès plus répandu de tels services.

8.7.2.2. Recherche

En matière de recherche, certaines pistes de réflexions et de recommandations peuvent aussi être proposées, notamment ce qui concerne les orientations potentielles de futures recherches. D'abord, l'enrichissement et la mise à jour régulière de l'examen de la portée de cette étude doit continuer. Il est important de continuer d'être à l'affût, d'analyser et d'évaluer les nouvelles études qui sont publiées dans le domaine sexopérinatal. Depuis le développement de l'examen de portée ici fait, de nouveaux articles ont déjà été publiés (Colson, 2014 ; de Montigny, de Montigny Gauthier & Dennie-Fillion, 2015 ; Nakic Rados, Soljacic Vranes & Sunjic, 2015) ; les ajouter au fur et à mesure au corpus étudié permettra de garder activement les données en sexopérinatalité à jour.

De plus, il serait intéressant d'étudier plus en profondeur certains résultats significatifs obtenus lors de cette première étude. Par exemple, la sexualité postnatale des hommes ainsi que les aventures extramaritales dans le contexte de stabilité conjugale sont des données qui ressortent des résultats présentés ici et qui correspondent à des variables peu

étudiées et par le fait même peu renseignées. Approfondir davantage certaines variables sexopérinatales comme telles pourrait favoriser des nouvelles avenues de recherche en sexopérinatalité encore méconnues.

Il serait également intéressant de répliquer cette étude dans le temps et de suivre les mêmes couples sur plusieurs années avec une méthode longitudinale jusqu'à ce que l'enfant aient quelques années. Puisque la période périnatale s'étend sur les deux premières années de vie, cela permettrait d'obtenir un portrait évolutif de la relation de couple et de la sexualité des couples parentaux sur une plus longue période qui couvre l'entiéreté de la période périnatale.

Une autre avenue intéressante serait de répliquer cette étude, mais en doublant les questionnaires pour chaque individu pour qu'il évalue à la fois sa propre sexualité et sa perception de la sexualité de son partenaire. En ayant de telles données chez les femmes et les hommes, il serait possible de faire des analyses concernant les perceptions personnelles et les méta-perceptions de chacun, puis d'identifier les concordances ou les différences. Cela pourrait contribuer à la compréhension approfondie du fonctionnement, de la dynamique et de l'entente entre les membres du couple en matière de sexualité.

Des études comprenant un plus grand échantillon franco-ontariens pour confirmer ou infirmer les tendances sexopérinatales découvertes et pour augmenter la représentativité de l'échantillon seraient également de mises. Il serait aussi intéressant de répliquer cette étude avec d'autres couples franco-ontariens de d'autres régions de l'Ontario, comme ceux de Sudbury, de Toronto et du Nord de l'Ontario, pour pouvoir ultimement les comparer entre elles et ainsi obtenir un portrait complet des francos-ontariens en matière de sexopérinatalité. Cette étude pourrait aussi être répliquée avec d'autres FSLM au Canada (notamment en Alberta, au Manitoba et au Nouveau-Brunswick) pour développer un portrait sexopérinatal canadien en contexte linguistique minoritaire.

Approfondir le vécu, les besoins et les services sexopérinataux chez les ontariens et les canadiens en général serait aussi intéressant, notamment pour obtenir des données de comparaison dans la même province, mais aussi pour voir si la langue et la culture de d'autres minorités (et majorités) linguistiques et culturelles ont des impacts directs et réels sur l'accès, la qualité et la satisfaction envers les services sexopérinataux. Cela permettrait également de contribuer davantage aux recherches sexopérinatales canadiennes et

internationales en couvrant différentes populations, particulièrement celles plus vulnérables ou celles moins connues, comme les FSLM. Cela permettrait ultimement d'obtenir des données probantes plus complètes sur le phénomène sexopérinatal pour mieux orienter les pratiques professionnelles, les programmes et les sercices de santé dans le domaine et ce, en fonction des différents contextes socio-culturels.

Pour développer de telles études, un consensus sur l'utilisation d'outils standardisés validés et fiables et le développement d'échelles plus spécifiques et plus appropriées pour évaluer le vécu sexopérinatal doivent d'abord être faits. Cela permettra de mieux identifier les problématiques ou les considérations sexopérinatales des couples et de le faire plus rapidement, ce qui permettra à son tour de mieux identifier les couples plus vulnérables plus rapidement pour favoriser des interventions sexopérinatales préventives et plus efficaces. Pour ce faire, les questionnaires développés dans cette étude pourraient être validés puis utilisés auprès de d'autres populations pour obtenir enfin un portrait plus complet et détaillé et de l'expérience sexopérinatale. Les questionnaires développés dans cette étude permettent de couvrir un ensemble unique et complet de variables et pourraient devenir des standards dans le domaine. L'inclusion d'une variété de variables sexopérinatales est un atout. La sexualité est un concept large et complexe qui intègre de nombreuses variables et composantes qui méritent davantage d'attention ; la sexualité ne se limite pas à la fonction sexuelle et aux comportements coïtaux.

Toujours au sein de ces études sexopérinatales canadiennes et internationales anticipées, il est important de tenir compte de l'importance des influences culturelles, religieuses et spirituelles affectant la sexualité. L'étude des autres déterminants sociaux de la santé qui influencent également l'expérience sexopérinatale serait aussi à privilégier, comme la langue, mais aussi le statut socioéconomique, le niveau d'éducation, les conditions de vie, l'environnement physique, l'environnement social et autres. Leurs impacts sur la relation de couple et sur la sexualité, mais aussi leur influences et interactions réciproques pourrait contribuer à un portrait multidimensionnel plus détaillé de la sexopérinatalité.

En outre, inclure conjointement les femmes et les hommes dans les études serait bénéfique pour obtenir des perspectives à la fois individuelles et de couple, perspectives complémentaires qui peuvent être différentes. Dans le même ordre d'idées, continuer de favoriser les entrevues de couple avec les deux partenaires dans de telles études permettrait

de constater et d'étudier la complémentarité des membres du couple et cela pourrait ultimement être bénéfique pour ce dernier. Lors des entrevues de couples effectuées, certains partenaires ont confié à l'autre certaines choses qu'ils ne leur avaient jamais confiées auparavant, ce qui a permis de pousser l'interaction et la discussion entre les deux membres du couple, menant parfois à des confrontations positives ou à des révélations à haute teneur en émotions. Des entrevues individuelles n'auraient pas permis d'obtenir de telles données. Le partage et la découverte du vécu de l'autre peut avoir un effet thérapeutique sur le couple et favoriser des entrevues conjointes peut être bénéfique pour la recherche et pour le couple.

Il serait approprié d'étudier ultérieuresement la sexualité périnatale chez d'autres types de couples. Les futures recherches en sexopérinatalité devraient porter sur d'autres types de couples contemporains tels que les mères lesbiennes, les couples gais, les mères porteuses, les couples transgenres et les couples bisexuels. Elles devraient aussi s'intéresser aux couples qui vivent d'autres types alternatifs de vie sexuelle pendant la grossesse et chez les couples dits « non traditionnels » tels que les couples échangistes, les couples pratiquant le BDSM et les couples ouverts. La diversification des types de couples, les formes non-traditionnelles d'union et les comportements alternatifs de vie sexuelle sont de plus en plus courantes et constituent des phénomènes modernes dont il faut tenir compte en contexte sexopérinatal pour mieux répondre aux enjeux actuels différents que les membres de ces couples peuvent vivre. Ces types d'union et de sexualité sont largement sous-étudiées et analyser en contexte périnatal pourrait constituer une avenue unique de recherche.

Le développement éventuel d'une intervention sexopérinatale spécifique et son évaluation constitueraient aussi des projets de recherche en continuité avec cette étude. En offrant une intervention basée sur les données probantes sexopérinatales, incluant celles de cette étude, il serait possible d'évaluer concrètement l'impact d'une intervention visant l'information et le soutien des couples parentaux en matière de sexualité pendant la période périnatale. Un groupe contrôle sans intervention et un groupe avec intervention pendant et après la grossesse pourraient être comparés pour vérifier l'utilité et l'impact d'une telle intervention.

Une autre avenue de recherche intéressante serait le développement d'une enquête auprès de différents professionnels de la santé impliqués en périnatalité (obtétriciens-gynécologues, médecins de famille, sages-femmes, infirmières, doulas, éducateurs

périnataux) en matière de sexopérinatalité. Il serait judicieux de questionner leur confort et leur inconfort envers le sujet, leur formation dans le domaine, les obstacles qu'ils perçoivent et leurs interventions concrètes en matière de sexualité périnatale. En ayant un portrait du côté professionnel, il serait possible de mieux comprendre le phénomène de sexopérinatalité dans son ensemble.

Enfin, il serait aussi judicieux de continuer les recherches sur la santé et sur la santé sexuelle des FSLM en Ontario, mais aussi au Canada ; très peu est connu et les données sont encore limitées dans ces domaines au sein de cette population unique. Pour ce faire, l'inclusion systématique des variables linguistiques dans les bases de données administratives de santé et dans les enquêtes populationnelles et gouvernementales ainsi que l'harmonisation et la standardisation des variables linguisitiques sont des prémisses essentielles.

8.7.2.3. Théorie

Cette étude contribue directement à deux familles de théories correspondant aux considérations théoriques sous-tenant ce projet. D'abord, en identifiant la langue comme un facteur modulateur aux services de santé en matière d'accès, de quantité, de qualité et de satisfaction, cette étude contribue aux assisses même de la santé des populations en faisant de la langue un facteur et un déterminant qui a un impact direct sur l'équité en santé pour les FSLM. Dans cette étude, seul le déterminant de la langue a été pris en compte en matière de services de santé; la culture, le statut socioéconomique ou même la confession religieuse auraient aussi pu être des déterminants révélateurs en matière de santé sexuelle, mais l'emphase mise sur la langue a permis de faire ressortir que cette dernière avait un rôle important de modulateur dans les services de santé. La langue n'a pas d'impact direct notable sur le vécu sexopérinatal, mais revêt une place d'importance dans les besoins en matière de services de santé et affecte directement l'accès, la quantité et la qualité (notamment en matière de satisfaction) des services de santé en sexopérinatalité.

De plus, cette recherche confirme les prémisses centrales du modèle écologique de Cowan et Cowan sur l'adaptation maritale et familiale lors de la transition à la parentalité (Cowan & Cowan, 1988, 2000) en affirmant que le domaine intime et sexuel est des plus vulnérables lors de cette transition pour les couples parentaux. Cela contribue par le fait

même à étayer davantage la théorie de la transition à la parentalité en désignant la sexualité comme zone vulnérable pour les couple, sans toutefois que la relation conjugale ne devienne aussi nécessairement une zone vulnérable. La sexualité des couples constitue un domaine affecté à différents degrés et les efforts entrepris pour le maintien de l'harmonie et du lien entre les membres du couple servent de moyen d'adaptation pour contrebalancer la diminution de l'expression sexuelle générale. La sexualité et relation conjugale sont donc effectivement deux domaines distincts dans l'expérience sexopérinatale : les couples parentaux peuvent être heureux dans leur relation et vivre en même temps une importante diminution de leur sexualité. Cette différence importante ressort des analyses ici faites et nuance donc les théories et les modèles concernant le couple et la sexualité des couples parentaux durant la transition à la parentalité. Il serait intéressant de pousser davantage l'investigation des liens entre relation de couple et sexualité dans le contexte périnatal pour comprendre en profondeur l'interrelation entre les deux domaines.

De plus, cette recherche s'est intéressée aux deux premières composantes du modèle écologique de Cowan et Cowan (les caractéristiques de chaque individu et la relation conjugale). Ce modèle affirmait que la sexualité était au centre de la transition à la parentalité et que chacun de ces deux sous-domaines étaient affectés par cette transition. Cette étude a confirmé que la sexualité était une composante fondamentale de l'expérience périnatale et qu'elle dépend à la fois des caractéristiques de chaque individu et de la relation de couple. Toutefois, il a été démontré, avec les données obtenues, que la relation de couple était une composante plus stable que la sexualité même des couples, ce qui complexifie ce modèle et qui apporte une nouvelle lumière sur l'interrelation entre relation de couple et sexualité en contexte périnatal.

8.8. Conclusion

Ce projet de thèse complexe et innovateur a permis de conjuguer deux sujets d'intérêt en santé des populations : la sexopérinatalité des couples parentaux et le contexte linguistique minoritaire en Ontario. Les couples FSLM d'Ottawa et de l'Ontario qui ont été interrogés ont permis de confirmer que la vulnérabilité sexuelle est accrue durant la transition à la parentalité ; les changements et les fluctuations intimes sexuelles sont variables entre les couples, mais restent nombreux et affectent une multitude de variables et de dimensions.

Toutefois, les données recueillies laissent supposer que la qualité et l'état de la relation de couple ne sont pas nécessairement autant affectées lors de la transition à la parentalité. Si la relation de couple est favorisée et entretenue, elle peut même agir comme tampon pour contrebalancer le ralentissement de l'expression sexuelle vécue.

Considérant les fluctuations intimes et sexuelles vécues par les couples parentaux FSLM d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario, des besoins évidents en matière de services de santé dans le domaine ont été exprimés. La particuliarité de cette population dans le domaine sexopérinatal provient du fait que les services de santé qui leur sont offerts et qu'ils utilisent ne sont pas, pour une grande majorité, appropriés en fonction de la leur langue. Pour les FSLM interrogés, la langue devient alors un obstacle supplémentaire pour obtenir des services sexopérinataux appropriés et adaptés. Dans le contexte sexopérinatal, les FSLM sont donc désavantagés en matière de services de santé en fonction de leur langue; cette situation inéquitable peut et doit devenir une priorité en santé sexuelle en Ontario pour le bien-être à long terme des couples et par extension des familles ontariennes et canadiennes.

Références

Abasalizadeh, F., & Abasalizadeh, S. (2009). Behavioral dichotomy in sexuality during pregnancy and effect of birth-week intercourse on pregnancy outcomes in a Iranian population. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics, 14*(2), 1-5. Récupéré de : https://ispub.com/IJGO/14/2/4516

Abdool, Z., Thakar, R., & Sultan, A. H. (2009). Postpartum female sexual function. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 145*(2), 133-137. doi : 10.1016/j.ejogrb.2009.04.014

Adams, W. J. (1988). Sexuality and happiness ratings of husbands and wives in relation to first and second pregnancies. *Journal of Family Psychology, 2*, 67-81. doi : 10.1037/h0080480

Adeyemi, A. B., Fatusi, A. O., Makinde, O. N., Omojuwa, I., Asa, S., & Onwudiegwu, U. (2005). Changes in sexual practices and responses among ante-natal clinic attendees in a Nigerian teaching hospital. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 25*, 796-802. doi : 10.1080/01443610500328306

Afshar, M., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Merghti-Khoei, E. S., & Yavarikia, P. (2012). The effect of sex education on the sexual function of women in the first half of pregnancy: A randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences, 1*, 173-181. doi : 10.5681/jcs.2012.025

Agence de Santé Publique du Canada, ASPC. (2001). *The population health template working tool*. Récupéré de : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/template_tool-eng.pdf

Agence de Santé Publique du Canada, ASPC. (2008). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*. Récupéré de : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspc/pdf/cphr-rspc08-fra.pdf

Agence de Santé Publique du Canada, ASPC. (2009). *Ce que disent les mères : L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Récupéré de : http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-fra.php

Agence de Santé Publique du Canada, ASPC. (2011). *What determines health?* Récupéré de : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/indez-eng.php

Ahlborg, T., Dahlof, L. G., & Hallberg, L. R. M. (2005a). Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents six months after delivery. *The Journal of Sex Research, 42*, 167-174. doi : 10.1080/00224490509552270

Ahlborg, T., Persson, L. O., & Hallberg, L. (2005b). Assessing the quality of the dyadic relationship in first-time parents: Development of a new instrument. *Journal of Family Nursing, 11*, 19-37. doi : 10.1177/1074840704273462

Ahlborg, T., & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention – First-time parents' experiences of their intimate relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 15*, 318-325. doi : 10.1046/j.1471-6712.2001.00035.x

Ahlborg, T., Strandmark, M., & Dahlöf, L. G. (2000). First-time parents' sexual relationships. *Scandinavian Journal of Sexology, 3*(4), 127-139.

Ahmed, M. R., Madny, E. H., & Ahmed, W. A. S. (2014). Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 40*, 1023-1029. doi : 10.1111/jog.12313

Ahn, Y., Sohn, M., & Yoo, E. (2010). Breast functions perceived by Korean mothers: Infant nutrition and female sexuality. *Western Journal of Nursing Research, 32*, 363-378. doi : 10.1177/0193945909349252

Alexander, J. (2008). *Literacy, sexuality, pedagogy: Theory and practice for composition studies*. Logan, UT: Utah State University Press.

Ali, M. M., & Cleland, J. G. (2001). The link between postnatal abstinence and extramarital sex in Côte d'Ivoire. *Studies in Family Planning, 32*, 214-219. doi : 10.1111/j.1728-4465.2001.00214.x

Allen, L., & Fountain, L. (2007). Addressing sexuality and pregnancy in childbirth education classes. *The Journal of Perinatal Education, 16*, 32-36. doi : 10.1624/105812407X171076

Alsibiani, S. A. (2014). Effects of pregnancy on sexual function. *Saudi Medical Journal, 35*, 482-487.

Alteneder, R. R., & Hartzell, D. (1997). Addressing the couples' sexuality concerns during childbearing period: Use of the PLISSIT model. *Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing, 26*, 651-658. doi : 10.1111/j.1552-6909.1997.tb02739.x

Ambert, A. M. (2009). *Divorce : Faits, causes et conséquences*. Récupéré de : http://thefamilywatch.org/doc/doc-0074-es.pdf

Antonucci, T. C., & Mikus, K. (1988). The power of parenthood: Personality and attitudinal changes during the transition to parenthood. Dans G. Y. Michaels et W. A. Goldberg (dir.), *The transition to parenthood; Current theory and research* (p. 62-84). Cambridge, NY : Cambridge University Press.

Arksey, H. (1996). Collecting data through joint interviews. *Social Research Update, Hiver*(15).

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology, 8,* 19-32. doi : 10.1080/1364557032000119616

Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J., & Waters, E. (2011). Cochrane update – Scoping the scope of a Cochrane review. *Journal of Public Health, 33,* 147-150. doi : 10.1093/pubmed/fdr015

Aslan, G., Aslan, D., Kizilyar, A., Ispahi, C., & Esen, A. (2005). A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research, 17,* 154-157. doi : 10.1038/sj.ijir.3901288

Atrian, M. K., Sadat, Z., Bidgoly, M. R., Abbaszadeh, F., & Jafarabadi, M. A. (2015). The association of sexual intercourse during pregnancy with labor onset. *Iran Red Crescent Medical Journal, 17,* e16465. doi : 10.5812/ircmj.16465

Avery, M. D., Duckett, L., & Frantzich, C. R. (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of Midwifery & Women's Health, 45*, 227-237.

Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, screening & treatment. *Clinical Obstetrics & Gynecology, 47,* 552-567.

Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'Ajustement Dyadique. *Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement, 18,* 25-34. doi : 10.1037/h0079949

Baksu, B., Davas, I., Agar, E., Akyol, A., & Varolan, A. (2007). The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *International Urogynecology Journal, 18,* 401-406. doi : 10.1007/s00192-006-0156-0

Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris, France : PUF.

Barrett, G., Peacock, J., Victor, C. R., & Manyonda, I. (2005). Cesarean section and postnatal sexual health. *Birth, 32*, 306-311. doi : 10.1111/j.0730-7659.2005.00388.x

Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 107*, 186-195. doi : 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11689.x

Bartellas, E., Crane, J. M. G., Daley, M., Bennett, K. A., & Hutchens, D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 107*, 964-968. doi : 10.1111/j.1471-0528.2000.tb10397.x

Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report, 13*, 554-559.

Baytur, Y. B., Deveci, A., Uyar, Y., Ozcakir, H. T., Kizilkaya, S., & Caglar, H. (2005). Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 88*, 276-280. doi : 10.1016/j.ijgo.2004.12.019

Beck, C. T. (2004). Birth trauma – In the eye of the beholder. *Nursing Research, 53*, 28-35. doi : 10.1097/00006199-20040 1000-00005

Beckmann, M. M., & Garrett, A. (2009). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*. doi : 10.1002/14651858.CD005123.pub2.

Bello, F. A., Olayemi, O., Aimakhu, C. O., & Adekunle, A. O. (2011). Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *International Scholarly Research Network Obstetrics and Gynecology, 2011*, 1-6. doi : 10.5402/2011/856586

Belsky, J., & Pensky, E. (1988). Marital change across the transition to parenthood. *Marriage & Family Review, 12*, 133-156. doi:10.1300/J002v12n03_08

Benoit, M., Bouchard, L., Leis, A., & Garceau, M. L. (2012). Les inégalités sociales de santé affectant les communautés francophones en situation minoritaire au Canada . *Reflets: Revue d'Intervention Sociale Et Communautaire, 18*(2), 10-18. doi : 10.7202/1013171ar

Benson, M. L. (2001). An overview of life course theory and research. Dans M. L. Benson (dir.), *Crime and life course* (p. 1-29). New York, NY : Routledge.

Bermudez, M. P., Sanchez, A. I., & Buela-Casal, G. (2001). Influence of the gestation period on sexual desire. *Psychology in Spain, 5*(1), 14-16.

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

Bjornholt, M., & Farstad, G. R. (2014). 'Am I rambling?' On the advantages of interviewing couples together. *Qualitative Research, 14*, 3-19. doi : 10.1177/1468794112459671

Botros, S. M., Abramov, Y., Miller, J. J. R., Sand, P. K., Gandhi, S., Nickolov, A., & Goldberg, R. P. (2006). Effect of parity on sexual function - An identical twin study. *Obstetrics & Gynecology, 107*, 765-770. doi : 10.1097/01.AOG.0000207677.03235.76

Bouchard, L. (2013). La cartographie conceptuelle des représentations de l'avenir des services de santé en français en situation linguistique minoritaire. *Revue Canadienne De Santé Publique, 104*(suppl. 1), S60-S64.

Bouchard, L., Batal, M., Imbeault, P., Gagnon-Arpin, I., Makandi, E. & Sedigh, G. (2012a). *La santé des francophones de l'Ontario - Un portrait régional tiré des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*. Récupéré de : http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/rapport_escc_ontario-final.pdf

Bouchard, L., Beaulieu, M., & Desmeules, M. (2012b). L'offre active de services de santé en français en Ontario : Une mesure d'équité. *Reflets : Revue d'Intervention Sociale Et Communautaire, 18*(2), 38-65. doi : 10.7202/1013173ar

Bouchard, L., & Cardinal, L. (1999). Conditions d'accessibilité des services en français en Ontario dans les domaines de la santé et des services sociaux : Un enjeu pour les femmes. *Reflets : Revue d'Intervention Sociale Et Communautaire, 5*(2), 109-122. doi : 10.7202/026272ar

Bouchard, L., & Desmeules, M. (2013). Les minorités linguistiques du Canada et la santé. *Healthcare Policy, 9*(special), 38-47. doi : 10.12927/hcpol.2013.23589

Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M. H. & Gagnon-Arpin, I. (2009a). *Profil de santé des communautés francophones minoritaires au Canada*. Récupéré de : http://www.risf.ca/donne/portrait.shtml

Bouchard, L., Gaboury, I., Chomienne, M. -H., Gilbert, A., & Dubois, L. (2009b). La santé en situation linguistique minoritaire. *Healthcare Policy, 4*(4), 36-42. doi : 10.12927/hcpol.2009.20807

Bowen, S. (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*. Récupéré de : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2001-lang-acces/2001-lang-acces-fra.pdf

Boyce, P., Condon, J., Barton, J., & Corkindale, C. (2007). First-time fathers' study: Psychological distress in expectant fathers during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*, 718-725. doi : 10.1080/00048670701517959

Brown, H. L., & McDaniel, M. L. (2008). A review of the implications and impact of pregnancy on sexual function. *Current Sexual Health Reports, 5*, 51-55. doi : 10.1007/s11930-008-0009-6

Brtnicka, H., Weiss, P., & Zverina, J. (2009). Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. *Bratislavské Lekárske Listy, 110*, 427-431.

Brubaker, L., Handa, V. L., Bradley, C. S., Connolly, A. M., Moalli, P., Brown, M. B., & Weber, A. (2008). Sexual function 6 months after first delivery. *Obstetrics & Gynecology, 111*, 1040-1044. doi : 10.1097/AOG.0b013e318169cdee

Brummen, H. J., Bruinse, H. W., van de Pol, G., Heintz, A. P. M., & van der Vaart, C. H. (2006). Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology, 113*, 914-918. doi : 10.1111/j.1471-0528.2006.01017.x

Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qualitative Research, 6*, 97-113. doi : 10.1177/1468794106058877

Calhoun, L. G., Selby, J. W., & King, H. E. (1981). The influence of pregnancy on sexuality: A review of current evidence. *The Journal of Sex Research, 17*, 139-151. doi : 10.1080/00224498109551108

Cappell, J. P. (2014). *A biopsychosocial approach to persistent postpartum pain and postpartum sexual function* (thèse de maîtrise, Queen's University, Canada). Récupéré de : https://qspace.library.queensu.ca/bitstream/1974/12424/3/Cappell_Jaclyn_P_201409_MSc.pdf

Carter, B., & McGoldrick, M. (2005). *The expanded family life cycle*. Boston, MA : Allyn & Bacon.

Chang, S. R., Chang, T. C., Chen, K. H., & Lin, H. H. (2010). 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. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 3946-3956. doi : 10.1111/j.1743-6109.2010.01752.x

Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A nursing concern. Dans A. I. Meleis (dir.), *Transitions theory; Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (p. 24-38). New York, NY : Springer Publishing Company.

Chivers, M. L., Pittini, R., Grigoriadis, S., Villegas, L., & Ross, L. E. (2011). The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: A pilot study. *Journal of Sexual Medicine, 8*, 792-799. doi : 10.1111/j.1743-6109.2010.02154.x

Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: Performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23*, 167-180. doi : 10.1080/02646830500129487

Church, K., de Koning, K., Hilber, A. M., Ormel, H., & Hawkes, S. (2010). Integrating sexual health services into primary care: An overview of health systems issues and challenges in developing countries. *International Journal of Sexual Health, 22*, 131-143. doi : 10.1080/19317611003672823

Coëffin-Driol, C., & Giami, A. (2004). L'impact de l'infertilité et de ses traitements sur la vie sexuelle et la relation de couple : Revue de littérature. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 32*, 624-637. doi : 10.1016/j.gyobfe.2004.06.004

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2e éd.). Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Collins, K. M. T., Onwuegbuzie, A. J., & Jiao, W. G. (2007). A mixed methods investigation of mixed methods sampling designs in social and health science research. *Journal of Mixed Methods Research, 1*, 267-294. doi : 10.1177/1558689807299526

Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., . . . Moher, D. (2014). Scoping reviews: Time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology, 67*, 1291-1294. doi : 10.1016/j.jclinepi.2014.03.013

Colson, M. -H. (2014). Sexualité féminine et étapes de la parentalité. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 42*, 714-720. doi : 10.1016/j.gyobfe.2014.09.001

Commissariat aux Services en Français. (2013). *Rapport annuel 2012-2013 - Une nouvelle approche*. Récupéré de : http://csfontario.ca/wp-content/uploads/2013/06/Annual-Report-French.pdf

Condon, J. T., Boyce, P., & Corkindale, J. (2004). The first-time fathers study: A prospective study of the mental health and wellbeing of men during the transition to parenthood. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*, 56-64. doi : 10.1111/j.1440-1614.2004.01298.x

Connolly, A. M., Thorp, J., & Pahel, L. (2005). Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: A longitudinal prospective study. *International Urogynecology Journal, 16*, 263-267. doi : 10.1007/s00192-005-1293-6

Convery, K. M., & Spatz, D. L. (2009). Sexuality & breastfeeding: What do you know? *MCN the American Journal of Maternal Child Nursing, 34*, 218-223. doi : 10.1097/01.NMC.0000357913.87734.af

Corbeil, J. P., & Lafrenière, S. (2010). Portrait des minorités de langue officielle au Canada : Les francophones de l'Ontario. Récupéré de : http://www.statcan.gc.ca/pub/89-642-x/89-642-x2010001-fra.pdf

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (1992). *When partners become parents*. New York, NY : Basic Books.

Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (1988). Changes in marriage during the transition to parenthood: Must we blame the baby? Dans G. Y. Michaels et W. A. Goldberg (dir.), *The transition to parenthood – Current theory and research* (p. 114-154). Cambridge, NY : Cambridge University Press.

Creswell, J. W. (2009). *Research design; qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (3e éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE.

Creswell, J. W., & Garrett, A. L. (2008). The « movement » of mixed methods research and the role of educators. *South African Journal of Education, 28*, 321-333.

Cronin, C. (2003). First-time mothers – Identifying their needs, perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing, 12*, 260-267. doi : 10.1046/j.1365-2702.2003.00684.x

Crotty, M. (1998). *The foundations of social research*. London, Royaume-Uni : SAGE.

Daneback, K., Mansson, S. A., Ross, M. W., & Markham, C. M. (2012). The Internet as a source of information about sexuality. *Sex Education, 12*, 583-598. doi : 10.1080/14681811.2011.627739

Dao, B., Some, D. A., Ouattara, S., Sioho, N., & Bambara, M. (2007). Sexualité au cours de la grossesse : Une enquête auprès de femmes enceintes en milieu urbain africain. *Sexologies, 16*, 138-143. doi : 10.1016/j.sexol.2006.12.012

Daudt, H. M. L., van Mossel, C., & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology, 13*(48), 1-9. doi : 10.1086/1471-2288-13-48

Davis, K., Drey, N., & Gould, D. (2009). What are scoping studies? A review of the nursing literature. *International Journal of Nursing Studies, 46*, 1386-1400. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010

De Judicibus, M. A., & McCabe, M. P. (2002). Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *The Journal of Sex Research, 39*, 94-103. doi : 10.1080/00224490209552128

de Montigny, F., de Montigny Gauthier, P., & Dennie-Fillion, E. (2015). Sexualité et grossesse – L'expérience des couples. *Perspective Infirmière, 12*(1), 40-42.

de Montigny, F., de Montigny Gauthier, P., & Dennie-Fillion, E. (2014). La sexualité après la naissance et en contexte d'allaitement maternel : L'expérience des mères et des pères. Dans C. Bayard et C. Chouinard (dir.), *La promotion de l'allaitement au Québec – Regards critiques* (p. 137-158). Montréal, QC : Remue-Ménage.

de Montigny, F., Girard, M. E., Lacharité, C., Dubeau, D., & Devault, A. (2013). Psychosocial factors associated with paternal postnatal depression. *Journal of Affective Disorders, 150*, 44-49. doi : 10.1016/j.jad.2013.01.048

de Montigny, F., & Lacharité, C. (2004). Fathers' perceptions of the immediate postpartal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 33*, 328-339. doi : 10.1177/0884217504266012

de Montigny, F., Lacharité, C., & Amyot, É. (2006). The transition to fatherhood: The role of formal and informal support structures during the post-partum period. *Texto & Contexto Enfermagem, 15*, 601-609. doi : 10.1590/s0104-07072006000400008

de Pierrepont, C., & Polomeno, V. (2014). Rôle du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 42*, 507-514. doi : 10.1016/j.gyobfe.2014.05.012

de Pierrepont, C., & Polomeno, V. (2015). La sexualité : Au cœur des soins de santé primaires canadiens contemporains. Dans J. Gosselin, P. S. Greenman et M. Joanisse (dir.), *Le développement professionnel en soins primaires au Canada : Nouveaux défis* (p. 99-113). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth, 8*(30), 1-11. doi : 10.1186/1471-2393-8-30

Demo, D. H., & Cox, M. J. (2000). Families with young children: A review of the research in the 1990s. *Journal of Marriage and Family, 62*, 876-895. doi : 10.1111/j.1741-3737.2000.00876.x

Desgrées-du-Loû, A., & Brou, H. (2005). Resumption of sexual relations following childbirth: Norms, practices and reproductive health issues in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Reproductive Health Matters, 13*(25), 155-163. doi : 10.1016/S0968-8080(05)25167-4

Deslauriers, J. P. (1991). *Recherche qualitative ; Guide pratique.* Montréal, QC : McGraw-Hill.

Dixon, M., Booth, N., & Powell, R. (2000). Sex and relationships following childbirth: A first report from general practice of 131 couples. *British Journal of General Practice, 50*, 223-224.

Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). The effect of the transition to parenthood on relationship quality: An 8-year prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*, 601-619. doi : 10.1037/a0013969

Doucet-Jeffray, N., Miton-Conrath, S., Le Mauff, P., & Senand, R. (2004). Quelle sexualité pour les hommes pendant la grossesse ? *La Revue Exercer, 71*, 111-119.

Dunn, J. R., & Hayes, M. V. (1999). Toward a lexicon of population health. *Canadian Journal of Public Health, 90*(S1), S7-S10.

Dupras, A. (2006). La professionnalisation de la sexologie au Québec. *Sexologies, 15*, 58-64. doi : 0.1016/j.sexol.2005.11.006

Dupras, A. (2010). L'avenir de la sexologie. *Sexologies, 19*, 99-103. doi : 10.1016/j.sexol.2009.07.002

Emmers-Sommer, T. M., Nebel, S., Allison, M. L., Cannella, M. L., Cartmill, D., Ewing, S., . . . Wojtaszek, B. (2009). Patient-provider communication about sexual health: The relationship with gender, age, gender-stereotypical beliefs, and perceptions of communication inappropriateness. *Sex Roles, 60*, 669-681. doi : 10.1007/s11199-008-9577-1

Erenel, A. S., Eroglu, K., Vural, G., & Dilbaz, B. (2011). A pilot study: In what ways do women in Turkey experience a change in their sexuality during pregnancy? *Sexuality and Disabilities, 29*, 207-216. doi : 10.1007/s11195-011-9200-1

Erol, B., Sanli, O., Korkmaz, D., Seyhan, A., Akman, T., & Kadioglu, A. (2007). A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *Journal of Sexual Medicine, 4*, 1381-1387. doi : 10.1111/j.1743-6109.2007.00559.x

Escudero-Rivas, R., Carretero, P., Cano, A., Cruz, M., & Florido, J. (2013). Modifications of sexual activity during uncomplicated pregnancy: A prospective investigation of Spanish women. *Health, 5*(8), 1289-1294. doi : 10.4236/health.2013.58175

Estey, E. A., Kmetic, A. M., & Reading, J. (2007). Innovative approaches in public health research. *Canadian Journal of Public Health, 98*, 444-446.

Faisal-Cury, A., Huang, H., Chan, Y. F., & Menezes, P. R. (2013). The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *Journal of Sexual Medicine, 10*, 1343-1349. doi : 10.1111/jsm.12092

Favez, N. (2013). La transition à la parentalité et les réaménagements de la relation de couple. *Dialogue, 2013/1*(199), 73-83. doi : 10.3917/dia.199.0073

Fedele, N. M., Golding, E. R., Grossman, F. K., & Pollack, W. S. (1988). Psychological issues in adjustment to first parenthood. Dans G. Y. Michaels et W. A. Goldberg (dir.), *The transition to parenthood; Current theory and research* (p. 85-113). Cambridge, NY : Cambridge University Press.

Fédération canadienne pour la santé sexuelle. (2007). *Sexual health in Canada – Baseline 2007*. Récupéré de : http://celarc.ca.proxy.bib.uottawa.ca/cppc/207/207602.pdf

Fédération des communautés francophones et acadienne, FCFA. (2001). *Pour un meilleur accès à des services de santé en français*. Récupéré de :

http://resosante.ca/fr/portraitreseau-52615/ressources-du-reseau/documents-strategiques-1/documents-nationaux-1/76-pour-un-meilleur-acces-a-des-services-de-sante-en-francais-2001-1/file.html

Fischman, S. H., Rankin, E. A., Soeken, K. L., & Lenz, E. R. (1986). Changes in sexual relationships in postpartum couples. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 15*, 58-63. doi : 10.1111/j.1552-6909.1986.tb01369.x

Fok, W. Y., Chan, L. Y. S., & Yuen, P. M. (2005). Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 84*, 934-938. doi : 10.1111/j.0001-6349.2005.00743.x

Fontana, A., & Frey, J. H. (2005). The interview: From neutral stance to political involvement. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research, 3rd edition* (p. 695-708). Thousand Oaks, CA : SAGE.

Forgues, E., Guignard Noël, J., Nkolo, C. & Boudreau, J. (2009). *De l'émergence à la consolidation – L'état de santé chez les francophones en situation minoritaire*. Récupéré de : http://cnfs.net/fr/download.php?id=615

Forgues, E., & Landry, R. (2014). *L'accès aux services de santé en français et leur utilisation en contexte francophone minoritaire – Rapport final*. Récupéré de : http://www.santefrancais.ca/enquete

Foumane, P., Mboudou, E. T., Sama, J. D., Baba, S., Mbatsogo, B. A. E., & Ngwana, L. (2014). Sexual activity during pregnancy and prognosis of labor in Cameroonian women: A cohort study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 27*, 1305-1308. doi : 10.3109/14767058.2013.856412

Foux, R. (2008). Sex education in pregnancy: Does it exist? A literature review. *Sexual and Relationship Therapy, 23*, 271-277. doi : 10.1080/14681990802226133

Fox, N. S., Gelber, S. E., & Chasen, S. T. (2008). Physical and sexual activity during pregnancy and near delivery. *Journal of Women's Health, 17*, 1431-1435. doi : 10.1089/jwh.2007.0730

Franceschet, J., Sacomori, C., & Cardoso, F. L. (2009). Strength of pelvic floor muscles and sexual function during pregnancy. *Revista Brasileira De Fisioterapia, 13*, 383-389. doi : 10.1590/S1413-35552009005000054

Frascarolo-Moutinot, F., Darwiche, J., & Favez, N. (2009). Couple conjugal et couple co-parental : Quelle articulation lors de la transition à la parentalité ? *Cahiers Critiques De Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux, 2009/1*(42), 207-229. doi : 10.3917/ctf.042.0207

Gaboury, I., Guignard Noël, J., Forgues, E. & Bouchard, L. (2009). *Les données administratives et d'enquêtes sur l'état de santé et l'accès aux services des communautés francophones en situation minoritaire : Potentiel d'analyse et état de situation*. Récupéré de : www.icrml.ca/fr/contactez-nous/download/44/8449/47

Gagnon, Y. C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2e éd.). Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Gagnon-Arpin, I., & Bouchard, L. (2011). *Les services de santé en français en Ontario - Offre, demande, utilisation*. Récupéré de : http://www.rrasfo.ca/recherche/publications/Rapport%20EVMLO%20Ontario-final2.pdf

Gagnon-Arpin, I., Gaboury, I. & Bouchard, L. (2009). *Un aperçu de la santé et de ses déterminants dans la région Champlain de l'Est de l'Ontario*. Récupéré de : http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/Rapport-Champlain-Bouchard%20et%20al..pdf

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference.* (4e éd.). Boston, MA : Allyn & Bacon.

Giami, A., & Pacey, S. (2006). Training health professionals in sexuality. *Sexual and Relationship Therapy, 21*, 267-271. doi : 10.1080/14681990600812662

Glade, A. C., Bean, R. A., & Vira, R. (2005). A prime time for marital/relational intervention: A review of the transition to parenthood literature with treatment recommandations. *The American Journal of Family Therapy, 33*, 319-336. doi : 10.1080/01926180590962138

Glazener, C. M. A. (1997). Sexual function after childbirth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 104*, 330-335. doi : 10.1111/j.1471-0528.1997.tb11463.x

Gokyildiz, S., & Beji, N. K. (2005). The effects of pregnancy on sexual life. *Journal of Sex & Marital Therapy, 31*, 201-215. doi : 10.1080/00926230590513410

Goldberg, W. A., & Michaels, G. Y. (1988). The transition to parenthood: Synthesis and future directions. Dans G. Y. Michaels et W. A. Goldberg (dir.), *The transition to parenthood; Current theory and research* (p. 342-360). Cambridge, NY : Cambridge University Press.

Gottlieb, B. H., & Pancer, S. M. (1988). Social networks and the transition to parenthood. Dans G. Y. Michaels et W. A. Goldberg (dir.), *The transition to parenthood; Current theory and research* (p. 235-269). Cambridge, NY : Cambridge University Press.

Gottman, J. M., & Shapiro, A. F. (n.d.). *Bringing baby home: A workship for new and expectant parents*. Récupéré de : https://www.gottman.com/wp-content/uploads/BBH_ICEAJournal.pdf

Gouvernement du Canada. (2008). *Report on the state of public health in Canada*. Récupéré de : http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-e.pdf

Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Librairies Journal, 26*, 91-108. doi : 10.1111./j.1471-1842.2009.00848.x

Groupe de travail sur les services de santé en français, GTSSF. (2005). *Services de santé pour la communauté franco-ontarienne : Feuille de route pour une meilleure accessibilité et une plus grande responsabilisation*. Récupéré de : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/flhs_06/flhs_06f.pdf

Gungor, S., Baser, I., Ceyhan, S., Karasahin, E., & Acikel, C. H. (2007). Mode of delivery and subsequent long-term sexual function of primiparous women. *International Journal of Impotence Research, 19*, 358-365. doi : 10.1038/sj.ijir.3901546

Gungor, S., Baser, I., Ceyhan, T., Karasahin, E., & Kilic, S. (2008). Does mode of delivery affect sexual functioning of the man partner? *Journal of Sexual Medicine, 5*, 155-163. doi : 10.1111/j.1743-6109.2007.00479.x

Hanson, S., Hunter, L. P., Bormann, J. R., & Sobo, E. J. (2009). Paternal fears of childbirth: A literature review. *The Journal of Perinatal Education, 18*, 12-20. doi : 10.1624/105812409X474672

Hansson, M., & Ahlborg, T. (2012). Quality of the intimate and sexual relationship in first-time parents – A longitudinal study. *Sexual & Reproductive Healthcare, 3*, 21-29. doi : 10.1016/j.srhc.2011.10.002

Harel, D. (2007). *Sexual experiences of women during childbirth* (thèse de doctorat, Institute of Advanced Study of Human Sexuality, États-Unis). Récupéré de : http://fr.scribd.com/doc/74708189/Sexual-Experiences-of-Women-During-Childbirth-by-Danielle-Harel#scribd

Hattar-Pollara, M. (2010). Developmental transitions. Dans A. I. Meleis (dir.), *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (p. 87-94). New York, NY : Springer Publishing Company.

Haugen, E. N., Schmutzer, P. A., & Wenzel, A. (2004). Sexuality and the partner relationship during pregnancy and the postpartum period. Dans J. H. Harvey, A. Wenzel et S. Sprecher (dir.), *The handbook of sexuality in close relationships* (p. 411-435). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Hawkins, A. J., Fawcett, E. B., Carroll, J. S., & Gilliland, T. T. (2006). The marriage moments program for couples transitioning to parenthood: Divergent conclusions from formative and outcome evaluation data. *Journal of Family Psychology, 20*, 561-570. doi : 10.1037/0893-3200.20.4.561

Heinecke, C. M., Guthrie, D., & Ruth, G. (1997). Marital adaptation, divorce, and parent-infant development – A prospective study. *Infant Mental Health, 18*, 282-299. doi : 10.1002/(SICI)1097-0355(199723)18:3<282::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P

Herdt, G. (2007). What is sexual literacy, and why is it needed now? Dans G. Herdt, & C. Howe (dir.), *21st century sexualities – Contemporary issues in health, education, and rights* (p. 17-19). New York, NY : Routledge.

Hertzman, C., & Power, C. (2006). A life course approach to health and human development. dans J. Heymann, C. Hertzman, M. Barer et R. Evans (dir.), *Healthier societies: From analysis to action* (p. 83-106). Oxford, MS : Oxford University Press.

Hetherington, S. E. (1998). Intimate relationship scale. Dans C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Basuerman, G. Shreer et S. L. Davis (dir.), *Handbook of sexuality related measures* (p. 501-503). Thousand Oaks, CA : SAGE.

Hetherington, S. E., & Soeken, K. L. (1990). Measuring changes in intimacy and sexuality: A self-administered scale. *Journal of Sex Education & Therapy*, *16*, 155-163.

Hicks, T. L., Goodall, S. F., Quattrone, E. M., & Lydon-Rochelle, M. T. (2004). Postpartum sexual functioning and method of delivery: Summary of the evidence. *Journal of Midwifery & Women's Health, 49*, 430-436. doi : 10.1016/j.jmwh.2004.04.007

Higgins, P. G. (1988). Changes in intimacy behaviors in antepartum couples. *Journal of Nursing Science and Practice, 1*(4), 17-21.

Hipp, L. E., Low, L. K., & van Anders, S. M. (2012). Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *Journal of Sexual Medicine, 9*, 2330-2341. doi : 10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x

Hobbs, K., Bramwell, R., & May, K. (1999). Sexuality, sexual behaviour and pregnancy. *Sexual and Marital Therapy*, *14*, 371-383. doi : 10.1080/02674659908405421

Holmes, E. K., Sasaki, T., & Hazen, N. L. (2013). Smooth versus rocky transitions to parenthood: Family systems in developmental context. *Family Relations, 62*, 824-837. doi : 10.1111/fare.12041

Ingraham, N. (2009, 23 mars). Sexual literacy... what is that? *Kinsey Confidential*. Récupéré le 1er mai 2015 de : http://kinseyconfidential.org/sexual-literacy/

Isajeva, J., Siklunas, M., Drasutiene, G. S., & Bartkeviciene, D. (2012). Features of the sexual life during pregnancy. *Acta Medica Lituanica, 19*, 67-74. doi : 10.6001/actamedica.v19i2.2312

Johnson, C. E. (2011). Sexual health during pregnancy and the postpartum. *Journal of Sexual Medicine, 8*, 1267-1284. doi : 10.1111/j.1743-6109.2011.02223.x

Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher, 33*, 14-26. doi : 10.3102/0013189X033007014

Kalay, A. L., Chomienne, M. H., & Farmanova, E. (2013). Les priorités de recherche sur la santé des francophones en Ontario. *Canadian Journal of Public Health, 104*(S1), S83-S87.

Khajehei, M., Ziyadlou, S., Safari, R. M., Tabatabaee, H. R., & Kashefi, F. (2009). A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and

caesarean births. *Indian Journal of Community Medicine, 34*, 126-130. doi : 10.4103/0970-0218.51237

Khamis, M. A., Mustafa, M. F., Mohamed, S. N., & Toson, M. M. (2007). Influence of gestational period on sexual behavior. *The Journal of the Egyptian Public Health Association, 82*, 65-90.

Kindig, D. A. (2007). Understanding population health terminology. *The Milbank Quarterly, 85*, 139-161. doi : 10.1111/j.1468-0009.2007.00479.x

Klein, K., Worda, C., Leipold, H., Gruber, C., Husslein, P., & Wenzl, R. (2009). Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? *Journal of Women's Health, 18*, 1227-1231. doi : 10.1089=jwh.2008.1198

Klein, M. C., Kaczorowski, J., Firoz, T., Hubinette, M., Jorgensen, S., & Gauthier, R. (2005). A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and caesarean births. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 27*, 313-320.

Knauth, D. G. (2000). Predictors of parental sense of comptence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing & Health, 23*, 496-509. doi : 10.1002/1098-240X(200012)23:6<496::AID-NUR8>3.0.CO;2-1

Kouakou, K. P., Doumbia, Y., Djanhan, L. E., Ménin, M. M., Kouaho, J. C., & Djanhan, Y. (2011). Réalité de l'impact de la grossesse sur la sexualité – Résultats d'une enquête auprès de 200 gestantes ivoiriennes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 40*, 36-41. doi : 10.1016/j.jgyn.2010.04.006

Kunaszuk, R. M. E. (2009). *Intimacy, libido, depressive symptoms and marital satisfaction in postpartum couples* (thèse de doctorat, Drexell University, États-Unis). Récupéré de : https://idea.library.drexel.edu/islandora/object/idea%3A3090/datastream/OBJ/download/Intimacy__Libido__Depressive_Symptoms_and_Marital_Satisfaction_in_Postpartum_Couples.pdf.

L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu – Méthode GOS et concept de soi*. Québec, QC : Presses de l'Université du Québec.

Lacaze-Masmonteil, T., Leis, A., Lauriol, E., Normandeau, J., Moreau, D., Bouchard, L., & Vaillancourt, C. (2013). *Perception du contexte linguistique et culturel minoritaire sur le vécu de la grossesse*. *Canadian Journal of Public Health, 104*(S1), S65-S70.

LaMarre, A. K., Paterson, L. Q., & Gorzalka, B. B. (2003). Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: A review. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 12*, 151-168.

Lawoyin, T. O., & Larsen, U. (2002). Male sexual behaviour during wife's pregnancy and postpartum abstinence period in Oyo state, Nigeria. *Journal of Biosocial Science, 34*, 51-63. doi : 10.1017/S0021932002000512

Leclerc, G. (n.d.). *La santé des femmes francophones de l'Ontario*. Récupéré de : http://www.nnewh.org/images/upload/attach/2212OWHN%20Fact%20Sheet%20final_French-3.pdf

Lee, J. T. (2002). The meaning of sexual satisfaction in pregnant Taiwanese women. *Journal of Midwifery & Women's Health, 47*, 278-286.

Lee, J. T., Lin, C. L., Wan, G. H., & Liang, C. C. (2010). Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 36*, 408-420. doi : 10.1080/0092623X.2010.510776

Lee, R. M. (1993). *Doing research on sensitive topics*. London, CA : SAGE.

Leeman, L. M., & Rogers, R. (2012). Sex after childbirth. *Obstetrics & Gynecology, 119*, 647-655. doi : 10.1097/AOG.0b013e3182479611

Leite, A. P. L., Campos, A. A. S., Dias, A. R. C., Amed, A. M., De Souza, E., & Camano, L. (2009). Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Revista Da Associacao Medica Brasileira, 55*, 563-568. doi : 10.1590/S0104-42302009000500020

Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science, 5*(69), 1-9. doi : 10.1186/1748-5908-5-69

Litzinger, S., & Gordon, K. C. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy, 31*, 409-424. doi : 10.1080/00926230591006719

Liu, H. L., Hsu, P., & Chen, K. H. (2013). Sexual activity during pregnancy in Taiwan: A qualitative study. *Sexual Medicine, 1*, 54-61. doi : 10.1002/sm2.13

Lurie, S., Aizenberg, M., Sulema, V., Boaz, M., Kovo, M., Golan, A., & Sadam, O. (2013). Sexual function after childbirth by the mode of delivery: A prospective study. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 288*, 785-792. doi : 10.1007/s00404-013-2846-4

MacAdam, R., Huuva, E., & Berterö, C. (2011). Fathers' experiences after having a child: Sexuality becomes tailored according to circumstances. *Midwifery, 27*, e149-e155. doi : 10.1016/j.midw.2009.12.007

Makki, M., & Yazdi, N. (2012). Sexual dysfunction during primiparous and multiparous women following vaginal delivery. *Tanzania Journal of Health Research, 14*(4), 1-8. doi : 10.4314/thrb.v14i4.5

Marmen, L., & Delisle, S. (2003). Les soins de santé en français à l'extérieur du Québec. *Tendances Sociales Canadiennes, Hiver 2003*(71). Récupéré de : http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/11-008-x2003003-fra.pdf

McDonald, E. A., & Brown, S. J. (2013). Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 120*, 823-830. doi : 10.1111/1471-0528.12166

Meilleur Départ. (2008). *Comment rejoindre les francophones - Programmes de maternité et de petite enfance*. Récupéré de : http://www.meilleurdepart.org/resources/howto/pdf/Francophones_manual_fre.pdf

Meilleur Départ. (2012). *Étape par étape - Engagement des pères dans les programmes pour les familles*. Récupéré de : http://www.meilleurdepart.org/resources/howto/pdf/BSRC_Engaging_Fathers_fn.pdf

Meilleur Départ. (2013). *Comment rejoindre les francophones - Programmes de maternité et de petite enfance*. Récupéré de : http://www.beststart.org/resources/howto/pdf/Francophones_manual_FR_Oct2013_fnl.pdf

Meleis, A. I. (2010). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. Dans A. I. Meleis (dir.), *Transitions theory; Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (p. 13-24). New York, NY : Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. Dans A. I. Meleis (dir.), *Transitions theory; Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (p. 52-65). New York, NY : Springer Publishing Company.

Mercer, R. T. (2010). Becoming a mother versus maternal role attainment. Dans A. I. Meleis (dir.), *Transitions theory; Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (p. 94-104). New York, NY : Springer Publishing Company.

Mickelson, K. D., & Joseph, J. A. (2012). Postpartum body satisfaction and intimacy in first-time parents. *Sex Roles, 67*, 300-310. doi : 10.1007/s11199-012-0192-9

Minichiello, V., Rahman, S., Dune, T., Scott, J., & Dowsett, G. (2013). E-health: Potential benefits and challenges in providing and accessing sexual health services. *BMC Public Health, 13*(790), 1-7. doi : 10.1186/1471-2458-13-790

Mishra, G. D., Cooper, R., & Kuh, D. (2010). A life course approach to reproductive health: Theory and methods. *Maturitas, 65*, 92-97. doi : 10.1016/j.maturitas.2009.12.009

Moel, J. E., Buttner, M. M., O'Hara, M. W., Stuart, S., & Gorman, L. (2010). Sexual function in the postpartum period: Effects of maternal depression and interpersonal psychotherapy treatment. *Archives of Women's Mental Health, 13*, 495-504. doi : 10.1007/s00737-010-0168-0

Moodley, J., & Khedun, S. M. (2011). Sexual activity during pregnancy: A questionnaire-based study. *Southern African Journal of Epidemiology and Infection, 26*, 33-35. doi : 10.1080/10158782.2011.11441418

Moreau, D., Polomeno, V., Tourigny, J., Soulière, M., Lafontaine, M. F., Gosselin, J., & Trépanier, M. J. (2013, avril). *Portrait et déterminants de la santé de familles francophones en situation minoritaire qui donnent naissance dans la région d'Ottawa*. Communication présentée dans le cadre des conférences Programme d'excellence professionnel (PEP) - Consortium national de formation en santé-Volet Université d'Ottawa, Ottawa, ON.

Morgan, D. L. (1998). Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: Applications to health research. *Qualitative Health Research, 8*, 362-376. doi : 10.1177/104973239800800307

Morof, D., Barrett, G., Peacock, J., Victor, C. R., & Manyonda, I. (2003). Postnatal depression and sexual health after childbirth. *Obstetrics & Gynecology, 102,* 1318-1325. doi : 10.1016/j.obstetgynecol.2003.08.020

Morris, S. M. (2001). Joint and individual interviewing in the context of cancer. *Qualitative Health Research, 11*, 553-567. doi : 10.1177/104973201129119208

Mous, M., Muller, S. A., & Leeuw, J. W. (2008). Long-term effects of anal sphincter rupture during vaginal delivery: Faecal incontinence and sexual complaints. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 115*, 234-238. doi : 10.1111/j.1471-0528.2007.01502.x

Naim, M., & Bhutto, E. (2000). Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *Journal of Pakistan Medical Association, 50*, 38-44. Récupéré de : http://jpma.org.pk/PdfDownload/2898.pdf

Nakic Rados, S., Soljacic Vranes, H., & Sunjic, M. (2015). Sexuality during pregnancy: What is important for sexual satisfaction in expectant fathers? *Journal of Sex and Marital Therapy, 41*, 282-293. doi : 10.1080/0092623X.2014.889054

Naldoni, L. M., Pazmino, M. A. V., Pezzan, P. A. O., Pereira, S. B., Duarte, G., & Ferreira, C. H. (2011). Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 37*, 116-129. doi : 10.1080/0092623X.2011.560537

National Marriage Project. (2011). *The state of our unions – Marriage in America 2011 – When baby makes three*. Récupéré de : http://www.stateofourunions.org/2011/SOOU2011.pdf

Ndugwa, R. P., Cleland, J., Madise, N. J., Fotso, J. C., & Zulu, E. M. (2011). Menstrual pattern, sexual behaviors, and contraceptive use among postpartum women in Nairobi urban slums. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 88*(S2), S341-S355. doi : 10.1007/s11524-010-9452-6

Nik-Azin, A., Nainian, M. R., Zamani, M., Bavojdan, M. R., Bavojdan, M. R., & Motlah, M. J. (2013). Evaluation of sexual function, quality of life, and mental and physical health in pregnancy women. *Journal of Family & Reproductive Health, 7*, 171-176.

O'Leary, M. P., Fowler, F. J., Lenderking, W. R., Barber, B., Sagnier, P. P., Guess, H. A., & Barry, M. J. (1995). A brief male sexual function inventory for urology. *Urology, 46*, 697-706. doi : 10.1016/S0090-4295(99)80304-5

Oboro, V. O., & Tabowei, T. O. (2002). Sexual function after childbirth in Nigerian women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics, 78*, 249-250. doi : 10.1016/S0020-7292(02)00151-0

Odar, E., Wandabwa, J., & Kiondo, P. (2003). Sexual practices of women within six months of childbirth in Mulago hospital, Uganda. *African Health Sciences, 3*, 117-123.

Office des affaires francophones de l'Ontario, OFA. (2014). *Les francophones de l'Ontario - Données du recensement de 2011 selon la définition inclusive de francophone (DIF).* Récupéré de : www.ofa.gov.on.ca/fr/franco-stats.html

Olff, J. (2013). *Addressing sexual health literacy: Highlights from a training workshop*. Récupéré de : http://surroundhealth.net/Topics/Health-throughout-the-life-span/Reproductive-and-sexual-health/Articles/Addressing-Sexual-Health-Literacy-Highlights-from.aspx

Olsson, A., Lundqvist, M., & Faxelid, E. (2005). Women's thoughts about sexual life after child-birth: Focus group discussions with women after childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19*, 381-387. doi : 10.1111/j.1471-6712.2005.00357.x

Olsson, A., Robertson, E., Falk, K., & Nissen, E. (2011). Assessing women's sexual life after childbirth: The role of the postnatal check. *Midwifery, 27*, 195-202. doi : 10.1016/j.midw.2009.04.003

Olusegun, F. A., & Ireti, A. O. (2011). Sexuality and sexual experience among women with uncomplicated pregnancies in Ikeja, Lagos. *Journal of Medicine and Medical Science, 2*, 894-899.

Onah, H. E., Iloabachie, G. C., Obi, S. N., Ezugwu, F. O., & Eze, J. N. (2002). Nigerian male sexual activity during pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 76*, 219-223. doi : 10.1016/S0020-7292(01)00579-3

Onwuegbuzie, A. J., & Collins, K. M. T. (2007). A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report, 12*, 281-316.

Organisation Mondiale de la Santé, OMS. (2006). *Defining sexual health*. Récupéré de : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_-health/defining_sexual_health.pdf.

Organisation Mondiale de la Santé, OMS. (2008). *Commission des déterminants sociaux de la santé - Combler le fossé en une génération*. Récupéré de : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/Who_ier_Csdh_08.1_fre.pdf

Organisation Mondiale de la Santé, OMS. (2012). *Santé sexuelle et reproductive ; Compétences de base en soins primaires*. Récupéré de : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77743/1/9789242501001_fre.pdf

Organisation Mondiale de la Santé, OMS. (n.d.). *Health at key stages of life - The life-course approach to public health*. Récupéré de : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/140671/CorpBrochure_lifecourse_approach.pdf

Orji, E. O., Ogunlola, O., & Fasubaa, O. B. (2002). Sexuality among pregnant women in south west Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *22*, 166-168. doi : 10.1080/01443610120113319

Pacey, S. (2004). Couples and the first baby: Responding to new parents' sexual and relationship problems. *Sexual and Relationship Therapy, 19*, 223-246. doi : 10.1080/14681990410001715391

Pastore, L., Owens, A., & Colleen, L. (2007). Postpartum sexuality concerns among first-time parents from one US academic hospital. *Journal of Sexual Medicine, 4*, 115-123. doi : 10.1111/j.1743-6109.2006.00379.x

Pauleta, J. R., Pereira, N. M., & Graça, L. M. (2010). Sexuality during pregnancy. *Journal of Sexual Medicine, 7*(1 pt 1), 136-142. doi : 10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x

Pauls, R. N., Occhino, J. A., & Dryfhout, V. L. (2008). Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study. *Journal of Sexual Medicine*, *5*, 1915-1922. doi : 10.1111/j.1743-6109.2008.00884.x

Pham, M. T., Rajic, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: Advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, *5*, 371-385. doi : 10.1002/jrsm.1123

Picard, L., & Allaire, G. (2005). *Deuxième rapport sur la santé des francophones de l'Ontario*. Récupéré de : http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/rapport_sante_jan06.pdf

Pirak, C. (2014). Bringing baby home: A psycho-educational intervention to increase relationship satisfaction during the transition to parenthood. *International Journal of Birth and Parent Education, 1*(4), 43-46.

Poissant, J. (2011). *Adaptation à la parentalité*. Récupéré de : http://infoprenatale.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/PDF/adaptation-a-la-parentalite.pdf

Polomeno, V. (1999a). Family health promotion from the couple's perspective, part 1: Documenting the need. *International Journal of Childbirth Education, 14*(1), 8-12.

Polomeno, V. (1999b). Sex and babies: Pregnant couples's postnatal sexual concerns. *The Journal of Perinatal Education, 8*, 9-18.

Polomeno, V. (2000a). Sex and pregnancy: A perinatal educators' guide. *The Journal of Perinatal Education, 9*, 15-27.

Polomeno, V. (2000b). The Polomeno Family Intervention Framework for perinatal education: Preparing couples for the transition to parenthood. *The Journal of Perinatal Education, 9*, 31-48.

Polomeno, V. (2007). Marriage in the transition to parenthood: How can perinatal education help? or can it? *International Journal of Childbirth Education, 22*(3), 21-29.

Polomeno, V. (2010). Let's talk about sex: An evolving research program in perinatal sexuality. *International Journal of Research in Nursing, 1*, 39-56. doi : 10.3844/ijrnsp.2010.39.56

Polomeno, V. (2011). Men's sexuality in the perinatal period: What do perinatal educators need to know? *International Journal of Childbirth Education, 26*(4), 35-39.

Polomeno, V. (2014). A couples approach to the teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood. *International Journal of Childbirth Education, 29*(1), 78-85.

Polomeno, V., & Dubeau, D. (2009). La sexopérinatalité : Où en sommes-nous ? *Infirmière Clinicienne, 6*(2), 20-24.

Radestad, I., Olsson, A., Nissen, E., & Rubertsson, C. (2008). Tears in the vagina, perineum, sphincter ani, and rectum and first sexual intercourse after childbirth: A nationwide follow-up. *Birth, 35*, 98-106. doi : 10.1111/j.1523-536X.2008.00222.x

Rathfisch, G., Dikencik, B. K., Beji, N. K., Comert, N., Tekirdag, A. I., & Kadioglu, A. (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing, 66*, 2640-2649. doi : 10.1111/j.1365-2648.2010.05428.x

Reading, C. L., & Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health*. Récupéré de : http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/social%20determinates/nccah-loppie-wien_report.pdf

Reamy, K. J., & White, S. E. (1987). Sexuality in the puerperium: A review. *Archives of Sexual Behavior, 16*, 165-186. doi : 10.1007/BF01542069

Regan, P. C., Lyle, J. L., Otto, A. L., & Joshi, A. (2003). Pregnancy and changes in female sexual desire: A review. *Social Behavior and Personality, 31*, 603-612. doi : 10.2224/sbp.2003.31.6.603

Reichenbach, S., Alla, F., & Lorson, J. (2001). Le comportement sexuel masculin pendant la grossesse : Une étude pilote portant sur 72 hommes. *Sexologies, 11*, 1-6.

Reissing, E. D., & Di Giulio, G. D. (2010). Practicing clinical psychologists' provision of sexual health care services. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*, 57-63. doi : 10.1037/a0017023

Rogers, R. G., Borders, N., Leeman, L. M., & Albers, L. L. (2009). Does spontaneous genital tract trauma impact postpartum sexual function? *Journal of Midwifery & Women's Health, 54*, 98-103. doi : 10.1016/j.jmwh.2008.09.001

Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., . . . D'Agostino, R. J. R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy, 26*, 191-208. doi : 10.1080/009262300278597

Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W. M., & Patel, R. (2005). Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician, 51*, 1367.

Sacomori, C., & Cardoso, F. L. (2010). Sexual initiative and intercourse behaviour during pregnancy among Brazilian women: A retrospective study. *Journal of Sex & Marital Therapy, 36*, 124-136. doi : 10.1080/00926230903554503

Safarinejad, M. R., Kohali, A. A., & Hosseini, L. (2009). The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *Journal of Sexual Medicine, 6*, 1645-1667. doi : 10.1111/j.1743-6109.2009.01232.x

Sakellariou, D., Boniface, G., & Brown, P. (2013). Using joint interviews in a narrative-based study on illness experiences. *Qualitative Health Research, 23*, 1563-1570. doi : 10.1177/1049732313508014

Sale, J. E. M., Lohfeld, L. H., & Brazil, K. (2002). Revisiting the quantitative-qualitative debate: Implications for mixed-methods research. *Quality and Quantity, 36*, 43-53. doi : 10.1023/A:1014301607592

Salim, N. R., Araujo, N. M., & Gualda, D. M. R. (2010). Body and sexuality: Puerperas' experiences. *Revista Latino-Americana De Enfermagem, 18*, 732-739. doi : 10.1590/S0104-11692010000400011

Santiago, L. R. S., Lara, L. A. S., Romao, A. P. M. S., Tiezzi, M. F. B. M., & Silva, A. C. J. S. R. (2013). Impact of pregnancy on the sex life of women: State of the art. *International Journal of Clinical Medicine, 4*, 257-264. doi : 10.4236/ijcm.2013.45045

Saucier, A. (2011). *La sexualité pendant la grossesse : Ose-t-on communiquer?* (thèse de doctorat, Université du Québec à Trois-Rivières, Canada). Récupéré de : http://depot-e.uqtr.ca/2305/1/030275555.pdf

Saurel-Cubizolles, M. J., & Lelong, N. (2005). Violences familiales pendant la grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 34*(S1), 2S47-2S53. doi : JGYN-02-2005-34-S1-0368-2315-101019-ART9

Sauvestre-Foucault, C. (2011). *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* (mémoire, Université de Paris Descartes, France). Récupéré de : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00620267/document

Sayasneh, A., & Pandeva, I. (2010). Postpartum sexual dysfunction: A literature review of risk factors and role of mode of delivery. *British Journal of Medical Practitioners, 3*, 316-320.

Sayle, A. E., Savitz, D. A., Thorp, J. M., Hertz-Picciotto, I., & Wilcox, A. J. (2001). Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology, 97*, 283-289.

Schaper, A. M. (2001). *A life transition theory: Women's postpartum negative experiences.* (thèse de doctorat non publiée). University of Wisconsin, États-Unis.

Schulz, M. S., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2006). Promoting healthy beginnings: A randomized controlled trial of a preventive intervention to preserve marital quality during the transition to parenthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 20-31. doi : 10.1037/0022-006X.74.1.20

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in nursing. Dans A. I. Meleis (dir.), *Transitions theory; Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (p. 38-51). New York, NY : Springer Publishing Company.

Séguin, L., Pimont, M., Rinfret-Raynor, M., & Cantin, S. (2000). Violence conjugale pendant la grossesse : Recension des écrits. *Santé Mentale au Québec, 25*(1), 288-312. doi : 10.7202/013035ar

Selder, F. (1989). Life transition theory: The resolution of uncertainty. *Nursing & Health Care, 10*, 437-451.

Senkumwong, N., Chaovisitsaree, S., Rugpao, S., Chandrawongse, W., & Yanunto, S. (2006). The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *Journal of the Medical Association of Thailand, 89*, S124-S129.

Serati, M., Salvatore, S., Siesto, G., Cattoni, E., Zanirato, M., Khullar, V., . . . Bolis, P. (2010). Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 2782-2790. doi : 10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x

Shapiro, A. F., & Gottman, J. M. (2005). Effects on marriage of a psycho-communicative-educational intervention with couples undergoing the transition to parenthood, evaluation at 1-year post intervention. *The Journal of Family Communication, 5*, 1-24. doi : 10.1207/s15327698jfc0501_1

Shapiro, A. F., Gottman, J. M., & Carrère, S. (2000). The baby and the marriage: Identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *Journal of Family Psychology, 14*, 59-70. doi : 10.1037//0893-3200.14.1.59

Shapiro, A. F., Nahm, E. Y., Gottman, J. M., & Content, K. (2011). Bringing baby home together: Examining the impact of a couple-focused intervention on the dynamics within family play. *American Journal of Orthopsychiatry, 81*, 337-350. doi : 10.1111/j.1939-0025.2011.01102.x

Shojaa, M., Jouybari, L., & Sanagoo, A. (2009). The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. *Archives of Gynecology and Obstetrics, 279*, 353-356. doi : 10.1007/s00404-008-0735-z

Signorello, L. B., Harlow, B. L., Chekos, A. K., & Repke, J. T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of

primiparous women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 184,* 881-890. doi : 10.1067/mob.2001.113855

Société Santé en français, SSF. (2008). *Destination santé 2018 : Qualité, sécurité et mieux être en français*. Récupéré de : http://www.santefrancais.ca/uploads/banque-de-documents/Destination2018_Vprint.pdf

Sossah, L. (2014). Sexual behavior during pregnancy: A descriptive correlational study among pregnant women. *European Journal of Research in Medical Sciences, 2*(1), 16-27.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family, 38,* 15-28. doi : 10.2307/350547

Stake, R. (2005). Qualitative case studies. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE handbook of qualitative research, 3rd edition* (p. 443-466). Thousand Oaks, CA : SAGE.

Steckler, A., McLeroy, K. R., Goodman, R. M., Bird, S. T., & McCormick, L. (1992). Toward integrating qualitative and quantitative methods: An introduction. *Health Education Quarterly, 19,* 1-8. doi : 10.1177/109019819201900101

Sully, P., & Walters, B. (2002). Sexuality, fertility and reproductive health. Dans H. Health et I. White (dir.), *The challenge of sexuality in health care* (p. 122-132). Oxford, MS : Blackwell Science.

Swendsen, L. A., Meleis, A. I., & Jones, D. (2010). Role supplementation for new parents - A role mastery plan. Dans A. I. Meleis (dir.), *Transitions theory; Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (p. 523-531). New York, NY : Springer Publishing Company.

Taylor, B., & de Vocht, H. (2011). Interviewing separately or as couples? Considerations of authenticity of method. *Qualitative Health Research, 21,* 1576-1587. doi : 10.1177/1049732311415288

Trutnovsky, G., Haas, J., Lang, U., & Petru, E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, 46,* 282-287. doi : 10.1111/j.1479-828X.2006.00592.x

Twenge, J. M., Campbell, W. K., & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: A meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family, 65*, 574-583. doi : 10.1111/j.1741-3737.2003.00574.x

Uwapusitanon, W., & Choobun, T. (2004). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *Journal of the Medical Association of Thailand, 87*(S3), S45-S49.

van Anders, S. M., Hipp, L. E., & Low, L. K. (2013). Exploring co-parent experiences of sexuality in the first 3 months after birth. *Journal of Sexual Medicine, 10*, 1988-1999. doi : 10.1111/jsm.12194

Van der Shueren, B. (2003). *La maternité est-elle sexuée ?* (mémoire, Université de Genève, Suisse). Récupéré de : http://www.fondschalumeau.unige.ch/fr/documents/Matenite.pdf

Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research, 47*, 27-49. doi : 10.1016/S0022-3999(98)00106-8

Von Sydow, K. (2002). Sexual enjoyment and orgasm postpartum: Sex differences and perceptual accuracy concerning partners' sexual experience. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 23*, 147-155. doi : 10.3109/01674820209074667

Von Sydow, K., Ullmeyer, M., & Happ, N. (2001). Sexual activity during pregnancy and after childbirth: Results from the sexual preferences questionnaire. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 22*, 29-40. doi : 10.3109/01674820109049948

Wang, H. Y., Xu, X. Y., Yao, Z. W., & Zhou, Q. (2003). Impact of delivery types on women's postpartum sexual health. *Journal of Reproduction & Contraception, 14*, 237-242.

Wannakosit, S., & Phupong, V. (2010). Sexual behaviour in pregnancy: Comparing between sexual education group and nonsexual education group. *Journal of Sexual Medicine, 7*, 3434-3438. doi : 10.1111/j.1743-6109.2010.01715.x

Warnke, J., & Bouchard, L. (2013). Validation de l'équité d'accès des CLOSM aux professionnels de la santé des régions sociosanitaires du Canada. *Canadian Journal of Public Health, 104*(S1), S49-S54.

Whisman, M. A., Gordon, K. C., & Chatav, Y. (2007). Predicting sexual infidelity in a population-based sample of married individuals. *Journal of Family Psychology, 21*, 320-324. doi : 10.1037/0893-3200.21.2.320

White, G. (2007). You cope by breaking down in private: Fathers and PTSD following childbirth. *British Journal of Midwifery, 15*, 39-45. doi : 10.12968/bjom.2007.15.1.22679

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Sciences, 22*, 429-445. doi : 10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN

Wiegel, M., Meston, C., & Rosen, R. (2005). The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *Journal of Sex & Marital Therapy, 31*, 1-20. doi : 10.1080/00926230590475206

Williamson, M., McVeigh, C., & Baafi, M. (2008). An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery, 24*, 99-107. doi : 10.1016/j.midw.2006.07.010

Witting, K., Santtila, P., Alanko, K., Harlaar, N., Jern, P., Johansson, A., . . . Sandnabba, K. (2008). Female sexual function and its associations with number of children, pregnancy, and relationship satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*, 89-106. doi : 10.1080/00926230701636163

Woolhouse, H., McDonald, E., & Brown, S. (2012). Women's experiences of sex and intimacy after childbirth: Making the adjustment to motherhood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 33*, 185-190. doi : 10.3109/0167482X.2012.720314

Woranitat, W., & Taneepanichskul, S. (2007). Sexual function during the postpartum period. *Journal of the Medical Association of Thailand, 90*, 1744-1748.

Yangin, H. B., & Eroglu, K. (2011). Investigation of the sexual behavior of pregnant women residing in squatter neighborhoods in southwestern Turkey: A qualitative study. *Journal of Sex & Marital Therapy, 37*, 190-205. doi : 10.1080/0092623X.2011.564511

Yildiz, H. (2015). The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: A prospective study. *Journal of Sex & Marital Therapy, 41*, 49-59. doi : 10.1080/0092623X.2013.811452

Yin, R. K. (2009). *Case study research; Design and methods* (4^{e} éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE.

Yin, R. K. (2012). *Applications of case study research* (3^{e} éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE.

ANNEXES

ANNEXE 1

Lettre justification échantillon

OBJET: Justifications pour réduction de l'échantillon visé pour thèse

Introduction

En date du 10 juillet 2014, le nombre de participants recrutés pour mon projet de thèse n'est pas aussi élevé que j'aurais aimé qu'il le soit après 8 mois de recrutement intensif. Je demande donc aujourd'hui au comité de se réviser à la baisse le nombre de participants visés pour mon étude de thèse de doctorat.

Cinq arguments seront ici développés pour démontrer qu'il serait judicieux de réduire le nombre visé de participants à cette étude de thèse :

1) l'état actuel du recrutement ;
2) le fait que cette recherche soit une étude exploratoire et descriptive ;
3) le fait que cette recherche soit une étude de cas ;
4) le fait que cette recherche utilise des méthodes mixtes ;
5) des exemples de recherches sous forme d'étude de cas avec méthodes mixtes.

1) État actuel du recrutement

- Début du recrutement : 1er novembre 2013
- Nombre de sujets recrutés en date du 10 juillet 2014: 63 couples
    - En date du 10 juillet 2014, 61 couples ont complété les questionnaires en ligne, soit l'équivalent de 122 participants avec des questionnaires complétés ; 2 femmes ont un questionnaire incomplet (et ne le complèteront probablement pas, après 3 rappels à 1 semaine et demie d'intervalle ; leur conjoint respectif n'a jamais commencé le questionnaire).
    - 5 entrevues de couple ont été faites (4 entrevues faites et une à venir dans les prochaines semaines).
- Le recrutement a commencé en novembre dernier et l'effort est continu depuis. Environ 700 sources ont été contactées jusqu'à présent pour recruter les participants ; un peu plus que la moitié (374) ont acceptées d'aider dans le recrutement. Toutefois, les nouvelles idées de sources de recrutement sont maintenant limitées (exemple : babillards communautaires des épiceries dans quartiers francophones).
    - Liste rapide des types de sources contactées : pages Facebook, bureaux de santé publique, centres de santé communautaire, organismes périnataux, organismes/ressources d'allaitement, cliniques médicales, bureaux privés d'OBGYN et de pédiatres, groupes de sages-femmes, centres communautaires et de ressources communautaires, garderies, doulas, massages, associations francophones, sites internet, centres d'exercices, radio, journaux/revues (article ou publicité), télévision, centres récréatifs, hôpital Montfort (demande d'éthique déposée le 1er avril ; approbation éthique obtenue le 15 avril), associations étudiantes, magasins, Baby-Show, Baby Drop-In de Santé Publique Ottawa (demande d'éthique déposée à Santé Publique Ottawa le 25 février 2014 ; approbation éthique obtenue le 25 juin 2014 et début de la collaboration dans la semaine du 14 juillet 2014)
- Difficultés de recrutement :

- Le sujet de l'étude est un sujet sensible et considéré privé et intime par plusieurs ; recruter des participants est donc une tâche rendue plus difficile par le sujet exploré. Autant les couples potentiels peuvent être inconfortables d'aborder un tel sujet aussi intime, autant les sources de recrutement ne sont pas toutes enclines à publiciser une telle étude auprès de leur clientèle.
- Les critères d'inclusion des participants sont très (voir trop) spécifiques, restreints et nombreux ; la population visée est donc très précise et limite les couples participants potentiels.
- Les participants visés doivent avoir un bébé entre 6 et 12 mois, ce qui constitue une période visée restreinte, mais aussi difficile pour le recrutement, considérant que beaucoup de mères/pères sont en congé parental/à la maison lors de cette période. C'est une population difficilement joignable.
- Pour ce qui est de l'entrevue optionnelle et complémentaire, les volontaires ne sont pas nombreux. Plusieurs participants aux questionnaires ont noté qu'ils n'étaient pas du tout à l'aise avec l'entrevue, mais que l'anonymat et la confidentialité du questionnaire, en plus d'être personnel (le ou la partenaire ne peut pas accéder aux réponses de l'autre), étaient acceptables. Des contraintes de temps ont aussi été invoquées. Ceux que j'ai recrutés en face-à-face (particulièrement au Baby-show) ont tous affirmé qu'ils acceptaient de participer à mon étude, mais que leur participation se limiterait au questionnaire en ligne.

2) Étude exploratoire et descriptive

- Type d'étude qui permet d'explorer et de décrire un sujet peu ou pas encore exploré ; première incursion dans un sujet nouveau ou en développement ; permet d'avoir un premier aperçu du sujet en question

→ Il y a peu d'études sur la sexualité périnatale en général et encore moins au Canada (Bartellas et al., 2000 ; Adams, 1988 ; Rowland et al., 2005). Aucune étude sur le sujet auprès des francophones en Ontario n'a été développée à présent. Cette étude va permettre d'avoir un premier portrait descriptif du phénomène de la sexualité périnatale dans une population unique, les francophones en Ontario, dans son contexte actuel. Des études subséquentes pourraient développer ce portrait et confirmer ou infirmer les résultats obtenus avec un échantillon plus grand et représentatif ; des comparaisons avec d'autres populations pourront également être faites. Malgré tout, cette étude est le premier pas à faire sur une question encore peu étudiée et restera donc de niveaux exploratoire et descriptive. Par le fait même, le nombre de participants ne doit pas nécessairement être des plus élevés pour rendre compte d'une première exploration descriptive d'un phénomène en peu étudié.

3) Étude de cas

- Caractéristiques de l'étude de cas
  - Permet l'exploration et la description riche/en profondeur/analyse intensive d'un phénomène social complexe/unité (personne ou communauté) dans le but de mieux le comprendre dans son ensemble/d'une façon holistique et dans ses spécificités, en tenant compte de son contexte réel (Stake, 2005 ; Yin, 2009 et 2012 ; Gagnon, 2012)

→ Cette étude servira à développer un portrait riche et complet de la sexualité périnatale, phénomène complexe, chez les couples parentaux franco-Ontariens d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Le vécu sexopérinatal sera détaillé et rendu d'une façon approfondie en présentant le plus de ses dimensions inhérentes (ajustement dyadique, relation intime et conjugale et plus de 40 de variables sexuelles spécifiques). En plus du vécu expérientiel de l'intimité et de la sexualité, l'expérience globale de la sexopérinatalité de ces couples couvrira également leur besoins et les services qui leur sont offerts, utilisés, manquants et souhaités.

  - Attention portée sur la réflexion et sur l'expérience et l'interprétation subjective, expérientielle, personnelle et particulière dans son contexte (Stake, 2005 ; Yin, 2009 ; Gagnon, 2012)

→ Cette étude va permettre de mettre l'accent sur l'expérience subjective des nouveaux parents francophones en matière d'intimité et de sexualité périnatales lors de la transition à la parentalité. L'emphase est mise sur l'expérience sexopérinatale des nouveaux parents franco-ontariens (vécu, besoin et services).

  - Appropriée quand l'étude veut répondre aux questions « how » ou « why » (Yin, 2009)

→ Le but ultime de cette recherche est de savoir : 1) comment les couples parentaux franco-Ontariens vivent et s'adaptent en matière d'intimité et de sexualité lors de la transition à la parentalité ; et 2) comment la langue (le français) jour dans l'accès aux services sexopérinataux dans un contexte anglophone majoritaire. L'étude de cas est tout à fait appropriée pour répondre à de telles interrogations.

  - Approprié quand la question de recherche est descriptive, exploratoire ou explanatoire (Yin, 2009 et 2012 ; Gagnon, 2012)

→ Puisque notre étude est exploratoire et descriptive, l'étude de cas est une méthode appropriée.

  - Utilise plusieurs sources de données/méthodes multiples de collecte de données ; peut utiliser des méthodes mixtes (Yin 2009 et 2012)

→ Des méthodes mixtes seront utilisées par cette recherche pour faire la collecte de données.

- Nombre peu élevé de participants dans les études de cas

→ Les études de cas ne demandent pas nécessairement beaucoup de participants/cas, mais s'axent plutôt sur la description détaillée et en profondeur du sujet à l'étude. Le vécu, les besoins et les services sont nos trois variables contribuant à donner un portrait riche de l'expérience sexopérinatale de nos couples recrutés. Par le fait même, le nombre de participants peut ne pas être élevé, considérant la richesse d'informations émanant de chaque cas, ici de chacun de nos couples. Comme l'a souligné Yin, le nombre de participants dans une étude de cas est relatif et ne peux être basé sur un calcul statistique : « Students and scholars appear to assume the existence of a formulaic solution, as in conducting a power analysis to determine the needed sample size in an experiment or survey. For case studies (again, as with multiple experiments) no such formula exists. Instead, analogous to the parallel question of « how many experiments need to be conducted to arrive at an unqualified result », the response is still a judgmental one : the more cases (or experiments), the greater

the confidence or certainty in a study's findings ; and the fewer the cases (or experiments), the less confidence or certainty. » (Yin, 2012, p. 9)

- Généralisation
    - Généralisation théorique/analytique, pas généralisation statistique à la population de référence ; échantillon théorique, pas statistiquement représentatif (Yin, 2009 et 2012 ; Gagnon, 2012 ; Collins, Onwuegbuzie et Jiao, 2007)
        - Création d'un échantillon théorique et non un échantillon statistiquement représentatif ; l'échantillon théorique se forme avec les cas potentiellement les plus informatifs sur le phénomène
            - « small and purposive samples tend to facilitate analytical generalizations » (Collins, Onwuegbuzie et Jiao, 2007, p. 271 et 273)
        - Généralisation des résultats envers une théorie et non envers la population de référence
        - « Le design d'étude met alors l'accent sur l'optimisation de la compréhension d'un phénomène plutôt que sur la généralisation des résultats. » (Gagnon, 2012, p. 14).
        - « The short answer is that case studies, like experiments, are generalizable to theoretical propositions and not to populations or universes. In this sense, the case study, like the experiment, does not represent a « sample », and in doing a case study, your goal will be to expand and generalize theories (analytic generalization) and not to enumerate frequencies (statistical generalization). » (Yin, 2009, p. 15)
        - « … case study findings can be generalized to other situations through analytic (not statistical) generalization. » (Yin, 2012, p. 6)
        - « … two types of generalizing : statistical generalizations and analytic generalizations. For case study research, the latter is the appropriate type. […] analytic generalizations depend on using a study's theoretical framework to establish a logic that might be applicable to other situations. […] In summary, to the extent that any study concerns itself with generalizing, case studies tend to generalize to other situations (on the basis or analytic claims), whereas surveys and other quantitative methods tend to generalize to populations (on the basis of statistical claims). » (Yin, 2012, p. 19)

→ L'échantillon requis ne doit pas nécessairement être de 100 couples (200 participants), comme prévu au départ, puisqu'il ne doit pas nécessairement être statistiquement représentatif. Le but de cette étude n'est pas de généraliser les résultats obtenus à la population de référence, mais bien de comprendre en profondeur le phénomène étudié en lumière d'une ou plusieurs théories : « A fatal flaw in doing case studies is to conceive of statistical generalization as the method of generalizing the results of your case study. This is because your cases are not « sampling units » and should not be chosen for this reason. […] Under these circumstances, the mode of generalization is analytic generalization, in which a previously developed theory is used as a template with which to compare the empirical results of the case study. » (Yin, 2009, p. 38). Les participants choisis forment un échantillon

théorique ; nous les avons choisis, car ils forment les cas les informatifs sur le phénomène, et non parce qu'ils représentaient exactement la population de référence.

Par le fait même, les résultats de cette étude seront donc généralisables à deux théories sous-tendant les questions de recherche, et non à la population de référence.

- Rappel des questions de recherche :
    - 1) Quel est le vécu de ces couples au plan de la sexualité périnatale ?
        - a) Comment l'intimité et la sexualité de ces couples sont-elles modifiées par la grossesse et par l'arrivée de l'enfant ?
        - b) Comment les changements dans l'intimité et la sexualité de ces couples affectent-ils la qualité de leur relation conjugale ?
    - 2) Quels sont leurs besoins d'ordre sexuel par rapport aux services de santé ?
        - a) Face aux changements intimes et sexuels vécus, quel(s) type(s) de besoin(s) ont-ils en lien avec les services de santé ?
    - 3) Quels sont les services en français offerts, utilisés, manquants et souhaités en sexopérinatalité ?

- Théories impliquées
    - 1) Théorie de la transition à la parentalité
        - L'intimité et la sexualité du couple est considérée comme la composante/sphère la plus vulnérable lors de la transition à la parentalité ; l'intimité et la sexualité sont les composantes subissant d'importants changements et cela demande une adaptation de la part du couple nécessitant une certaine forme d'intervention (informer et soutenir).
            - → Cette étude permettra d'explorer et d'évaluer les différentes composantes de l'intimité et de la sexualité périnatale (ajustement dyadique, relation intime et conjugale, différentes variables sexuelles) des couples parentaux franco-ontariens pour savoir comment elles sont affectées par la transition à la parentalité. Les besoins en lien avec le vécu seront également soulevés.
    - 2) Théorie des inéquités en santé
        - En santé des populations, les déterminants sociaux de la santé modèrent (en favorisant, limitant ou changeant) l'état de la santé des personnes et l'accès aux services de santé.
            - → Dans notre cas, la langue, un des déterminants de la santé (ASPC, 2001, 2011 ; Gouvernement du Canada, 2008 ; Kindig, 2007 ; OMS, 2008 ; Reading & Wien, 2009), peut affecter l'accès aux services de santé. Cette étude permettra d'explorer à la fois les besoins et les services de santé (offerts, utilisés, manquants et souhaités) en français en matière de sexopérinatalité pour les francophones en situation linguistique minoritaire afin d'évaluer s'ils sont compromis ou non par la langue française dans un univers majoritairement anglophone. Considérant que les études actuelles sur les francophones en

Ontario affirment que les franco-ontariens vivent déjà plusieurs problèmes d'accès à des soins de santé en général à cause de leur langue, cette étude permettra de savoir ce qu'il en est en matière de sexualité périnatale.

→ Justification du type spécifique d'étude de cas comme méthode dans cette recherche

Selon Yin (2009, 2012), il existe quatre modèles d'étude de cas résumés par la figure suivante : étude de cas unique holistique avec une seule unité d'analyse, étude de cas multiples holistique avec une seule unité d'analyse, étude de cas unique « embedded » (soit intégré ou incorporé, selon une traduction libre) avec multiples unités d'analyse et étude de cas multiples « embedded » (soit intégré ou incorporé, selon une traduction libre) avec multiples unités d'analyse.

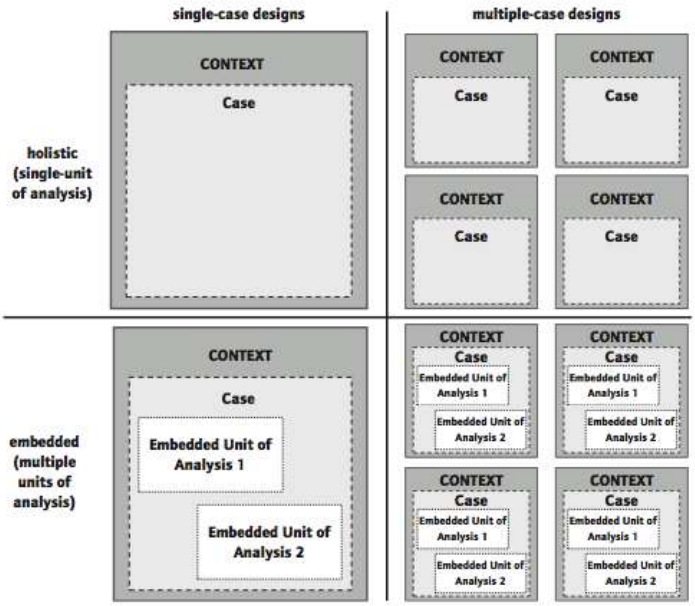


Figure 2.4 Basic Types of Designs for Case Studies
SOURCE: COSMOS Corporation.

Dans tous les cas, deux principales composantes sont inscrites dans une étude de cas (Yin, 2009, 2012) :

3) le contexte, soit les limites psycho-socio-géographiques qui délimitent et circonscrivent le sujet d'étude, soit le cas ;
4) le cas, soit le sujet ou phénomène d'étude qui correspond à la principale unité d'analyse.

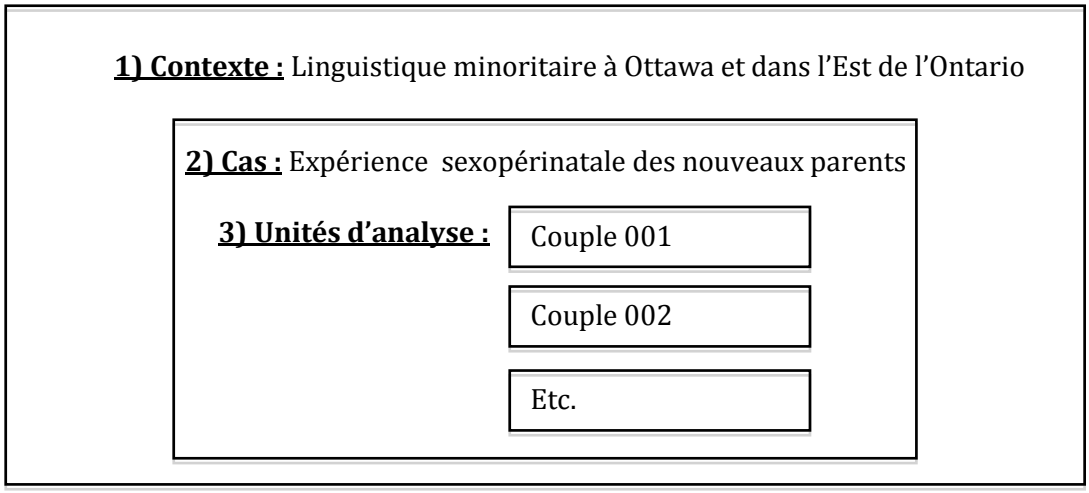
Le cas peut être de plusieurs types : il peut correspondre à des individus, à un groupe d'individus, à une communauté ou à une organisation. Dans les formes « embedded » d'étude de cas, une troisième composante s'ajoute à l'étude de cas : les unités d'analyses. En effet, un même cas peut aussi avoir plus d'une unité d'analyse spécifique : « within a single case, attention is also given to a subunit or subunits » (Yin, 2009, p. 50). Les unités d'analyse correspondent donc aux sous-unités du cas principal ou aux éléments particuliers qui

composent le cas étudié. Elles sont les sources réelles et concrètes d'information qui permettent de rendre compte du cas et elles peuvent correspondre à des individus, à des documents, à des artéfacts, etc.

Dans notre étude, le modèle d'étude de cas unique intégré avec multiples unités d'analyse (« single-case design embedded, with multiple units of analysis) a été choisi, étant le plus pertinent à notre recherche. Par le fait même, les trois principales composantes de notre étude de cas sont les suivantes :

4) Contexte : contexte linguistique minoritaire à Ottawa et dans l'Est de l'Ontario, ce qui correspond à la population des francophones d'Ottawa et de l'Est ontarien ;
5) Cas : l'expérience sexopérinatale (intimité et sexualité pendant et après la grossesse) des nouveaux parents ;
6) Unités d'analyse : les différents couples recrutés (couple 001, couple 002, couple 003, etc.)

Le schéma suivant permet une visualisation de notre type d'étude de cas avec ces trois principales composantes :



Notre cas d'étude unique et principal, soit le sujet de notre étude, correspond à la l'expérience sexopérinatale des nouveaux parents. L'expérience de la sexualité périnatale, soit la sexualité pendant et après la grossesse dans le contexte de transition à la parentalité, est un phénomène typique dans la population générale et correspond à une transition de vie typique des êtres humains. Étudier un tel phénomène est donc considéré comme l'étude d'un cas « typique » qui demande une étude de cas unique : « … the objective is to capture the circumstances and conditions of an everyday or commonplace situation » (Yin, 2009, p. 48) ; « What makes a case special ? One possibility arises if your case covers some distinctive if not extreme, unique, or revelatory event or subject […] If no such distinctive or unique event is available for you to study, you may want to do a case study about a common or everyday phenomenon. » (Yin, 2012, p. 7).

De plus, un seul et unique contexte a été choisi, soit le contexte linguistique minoritaire à Ottawa et dans l'Est de l'Ontario. Par le fait même, puisque le contexte est similaire pour tous les cas d'expérience sexopérinatale des nouveaux parents étudiés, il a fallu choisir parmi les deux types d'étude de cas unique, les études de cas multiples demandant des contextes différents pour chacun des cas étudiés.

Enfin, comme notre cas, soit le groupe d'individus ou la communauté étudiée, englobe les nouveaux parents, de multiples unités d'analyse plus précises doivent être choisies au sein de ces nouveaux parents. Chaque couple recruté correspond alors à une unité d'analyse spécifique qui, une fois tous regroupés ensemble, composent notre cas d'étude, soit celui des nouveaux parents en matière de sexualité périnatale. Comme le modèle « embedded » s'attarde à l'analyse de différentes unités qui composent le cas principal étudié (Yin 2009, 2012), c'est ce type de devis qui a été choisi. En outre, ce devis spécifique permet différentes analyses du cas et dans le cas étudié ; il permet de voir des tendances à travers les différentes unités d'analyse qui composent le cas (Yin, 2009, 2012). Par le fait même, les possibilités d'analyses sont enrichies : « Within the single case may still be incorporated subunits or analyses, so that a more complex – or embedded – design is developed. The subunits can often add significant opportunities for extensive analysis, enhancing the insights into the single case. » (Yin, 2009, p. 52-53) ; « The ability to look at sub-units that are situated within a larger case is powerful when you consider that data can be analyzed within the subunits separately (within case analysis), between the different subunits (between case analysis), or across all the subunits (cross-case analysis). The ability to engage in such rich analysis only serves to better illuminate the case. » (Baxter et Jack, 2008, p. 550).

4) Méthodes mixtes

- Dans une étude de cas, l'utilisation des méthodes mixtes pour recueillir des données est tout à fait approprié (Yin, 2009, 2012) : « … case study evidence can include both qualitative and quantitative data. » (Yin, 2012, p. 11).
- De part leur complémentarité, les méthodes mixtes permettent la compréhension de phénomène complexe, notamment par l'exploration et la description du phénomène de différentes façons complémentaires (Onwuegbuzie et Collins, 2007).
- Modèle/design utilisé :
    - « concurrent embedded design » (Creswell, 2009, p. 210 et 214-215) / aussi appelé « nested » par Onwuegbuzie et Collins, 2007, p. 292, et Collins, Onwuegbuzie et Jiao, 2007, p. 276-277
        - « This model emphasizes a major primary form of data collection (e.g., surveys), and it can include a minor secondary form of data collection (e.g., a few interviews with some of the participants who completed the surveys). » (Creswell, 2009, p. 216)
        - « A nested relationship implies that the sample members selected for one component of the inquiry represent a subset of those participants chose for the other phase of the study. » (Collins, Onwuegbuzie et Jiao, 2007, p. 277)
- Échantillon en méthodes mixtes
    - Si le but de la recherche est de mieux comprendre un phénomène/des individus/un événement et de ne pas généraliser à une population, l'utilisation d'un échantillon « non-random »/non probabiliste est possible (Onwuegbuzie & Collins, 2007 ; Guest, Bunce & Johnson, 2006)
        - Les cas sont alors choisis en fonction de leur richesse d'information envers l'objet d'étude
    - Type d'échantillon non-probabiliste : par critère (Onwuegbuzie et Collins, 2007, p. 286 + Collins, Onwuegbuzie et Jiao, 2007, p. 272):

        - Criterion : « Choosing settings, groups, and/or individuals because they represent one or more criteria. »
- Nombre de participants en fonction du devis
    - En méthodes mixtes, il faut tenir compte du nombre de participants minimal typique suggéré des différentes méthodes utilisées (Onwuegbuzie et Collins, 2007 ; Collins, Onwuegbuzie et Jiao, 2007) ; dans le cas d'une étude de cas, c'est 3 à 5 participants/cas qui est suggéré.

→ Considérant que des méthodes mixtes seront utilisées dans notre recherche et que notre échantillon sera de type non-probabiliste par critère, le nombre de participants ne doit pas nécessairement répondre à une équation de puissance statistique (Yin, 2009) et doit donc pas nécessairement être de 100 couples (soit 200 participants), comme il a été prévu au début de cette recherche. Faire une étude avec méthode mixte demande nécessairement de réduire la taille de l'échantillon, tout en multipliant les données pour donner un portrait plus complet et détaillé du phénomène à l'étude, ce qui sera fait dans cette étude en récoltant des informations par le biais de plusieurs questionnaires abordant divers aspects de l'expérience sexopérinatale, et par l'obtention d'informations lors des entrevues complémentaires avec un sous-groupe de notre échantillon.

De plus, tous les participants ont été choisis parce qu'ils remplissaient nos critères d'inclusion, qui représentaient eux-mêmes des critères qui répondaient aux théories derrière le phénomène étudié (premier bébé d'un couple francophone en milieu minoritaire). Notre échantillon, dit théorique car il relève de la généralisation théorique, ne doit donc pas nécessairement être composé d'un nombre élevé de participants ; il doit seulement représenter les assises théoriques sous-jacentes à notre étude, ce qui est le cas.

5) Exemples de recherches sous forme d'étude de cas avec méthodes mixtes

Il n'y a malheureusement pas beaucoup d'études de cas avec méthodes mixtes qui ont fait l'objet de thèse à ce jour, mais en voici quelques exemples dans différents domaines. Il est possible de constater que leurs échantillons réciproques ne sont pas aussi élevés que l'échantillon suggéré par le comité dans notre cas.

- Étude de Alotaïbi (S.d.) : étude de cas exploratoire avec méthodes mixtes auprès de 48 femmes « Saudi » sur l'impact d'utiliser des ordinateurs en classe ; les données proviennent de questionnaires, d'observations directes et d'entrevues.
- Thèse de baccalauréat de Casasola, Olsson et Soldberg (2010) : étude de cas explanatoire avec méthodes mixtes sur Facebook et son effet sur le capital social en milieu de travail ; 21 participants ont répondu à un questionnaire, puis 8 d'entre eux ont vécu des entrevues semi-structurées.
- Thèse de maîtrise de Wang (2013) : étude de cas avec méthodes mixtes sur l'influence des valeurs culturelles sur la perception de publicité dite « offensive » chez des étudiants chinois ; 50 participants ont rempli un questionnaire et 10 d'entre eux ont participé à un focus group.
- Thèse de doctorat d'Oakley (2013) : étude de cas exploratoire avec méthodes mixtes sur les connaissances et sur l'évaluation des cours de physique quantique dans un département universitaire de physique; 6 membres de la faculté et 7 étudiants ont vécu des entrevues semi-structurées tandis que 12 étudiants ont rempli un questionnaire.
- Thèse de doctorat de Raido (2011) : étude de cas exploratoire avec méthodes mixtes

pour explorer les comportements de recherche sur le web de 6 étudiants aux études supérieures ; les données proviennent d'observations directes des recherches web, de questionnaires et d'entrevues semi-structurées.

De plus, le tableau suivant présente différentes thèses de doctorat qui ont été faites dans le contexte du doctorat en santé des populations à l'Université d'Ottawa dans les dernières années. Bien qu'aucune ne reprend exactement le même modèle et devis méthodologique que notre recherche utilise, il est quand même possible de constater que les échantillons utilisés restent limités en nombre de participants. Parmi les six thèses trouvées, deux n'ont pas précisé le type d'étude, deux ont seulement noté qu'il s'agissait d'une exploratoire sans précision sur la méthode utilisée (dont une contenait un « cross-sectional survey »), une était une étude de cas intégré (« embedded », comme la nôtre) et une était une étude de cas exploratoire avec un essai randomisé inclus. De plus, les échantillons de participants varient en fonction des méthodologies utilisées : pour les questionnaires, le nombre de participants est entre 48 et 66 (en excluant un des « cross-sectional survey ») ; pour les entrevues, le nombre d'entrevues est entre 4 et 41 participants.

Bref, les méthodes mixtes et les études de cas permettent donc d'avoir un échantillon plus petit, mais riche en informations par rapport au sujet d'étude.

Exemples de thèses de doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa			
Auteur, année et titre	Sujet/Objectifs	Type d'étude	Méthodologie

Dyke, 2013
 	
« Influences on International Non-Governmental Organizations' Implementation of Equity Principles in HIV/AIDS Work in Kenya:
A Case Study »
	Examiner l'implantation des principes d'équité (différence entre ce qui est souhaité/intention et ce qui est mis en pratique) dans les initiatives VIH-Sida au sein d'un INGO (international non-governemental organization) au Kenya	Étude de cas « nested » (correspond à « embedded »)	Purposive sampling
			
			Multiples méthodes :
			- revue de document sur l'INGO
			- observation participante avec 10 employés du INGO Kenya
			- 41 entrevues :
			  - 16 employés du INGO Kenya et 7 employés du INGO homologue au Canada et aux Etats-Unis
			  - 8 partenaires du INGO Kenya et 10 clients du INGO Kenya

Nelson, 2012 « Smoking behaviours among pregnant women in the Baffin Region of Nunavut »	Expliquer les comportements liés au tabagisme chez les femmes enceintes de la région de Baffin au Nunavut	Pas précisé S'inscrit dans théorie/perspective écologique sociale)	Méthodes mixtes : - « Cross-sectional survey » avec 66 femmes enceintes - entrevues semi-structurées avec 17 femmes enceintes - entrevues structurées avec 12 professionnels de la santé
Stacey, 2005 « Design and evaluation of an implementation intervention to enhance decision support by call centre nurses for callers facing values-sensitive health decisions »	Évaluer le processus d'implantation du support décisionnel par les infirmières dans les centres d'appel interagissant avec des appelants affrontant des décisions de santé affectant leurs valeurs	Étude de cas exploratoire avec « embedded randomized controlled trial »	Multiples méthodes : - Questionnaires : 57 infirmières - Entrevues : 4 participants - Focus group : 7 participants - Audit qualitatif d'appel : 38 - Randomized controlled trial : 19 infirmières dans groupe avec intervention et 20 infirmières dans groupe contrôle
Gail Webber, 2008	Recherche en 2 phases pour	Étude exploratoire	Méthodes mixtes avec design séquentiel :

« Life in the big city ; Understanding the context of HIV prevention for rural-to-urban migrant Cambodian garment factory workers »	mieux comprendre le contexte socio-écologique de la prévention du VIH pour les travailleuses d'usine de vêtements du Cambodge qui immigrent du milieu rural au milieu urbain	(pas d'autre précision)	- Phase 1 : entrevues avec 20 travailleuses et 8 informateurs clés + focus group avec 13 professionnels de la santé - Phase 2 : « cross-sectional survey » avec 358 professionnels de la santé
Fitzpatrick, 2007 « Population Infant Hearing Screening to Intervention : Determinants of Outcome from the Parents' Perspectives »	Explorer l'efficacité du « screening » en matière de perte d'ouïe chez les enfants ; identifier les processus et les résultats selon les parents par rapport aux bénéfices d'un diagnostic précoce de perte d'ouïe ; examiner les besoins des parents en matière de services après le diagnostic	Pas précisé	Combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives : - Exploration et analyses des données d'une étude longitudinale « prospective » de 3 ans auprès de 65 enfants - 17 entrevues semi-structurées avec 21 parents - questionnaire avec 48 parents
Hamel, 2010 « Knowing is not Enough Organizational Capacity of Developing Countries' Health Professional Associations to Utilize Research »	Mieux comprendre comment la capacité organisationnelle à utiliser la recherche influence le transfert des connaissances dans les associations professionnelles de santé dans les pays à faible ou moyen revenu	Étude exploratoire (pas d'autre précision)	Méthodes mixtes avec design séquentiel : - Phase 1 : étude de cas de l'association de Santé Publique du Burkina Faso à l'aide d'une revue de document + entrevues semi-structurées avec 6 informateurs clés - Phase 2 : questionnaire exploratoire auprès de 18 associations professionnelles de santé dans pays à faible ou moyen revenu

Conclusion

Bref, considérant que notre recherche est une étude de cas descriptive et exploratoire avec un devis mixte où la généralisation théorique est à l'honneur, le nombre de participants devrait donc être revu à la baisse.

Je propose que l'on vise toujours les 100 couples (200 participants) d'ici septembre 2014, mais si l'objectif n'est malheureusement pas atteint, je demande au comité qu'il accepté l'échantillon qui sera disponible à ce moment-là, soit entre 50 couples (100 participants ; nombre qui a déjà été atteint et même dépassé) et 100 couples (200 participants), ce qui est, à mon avis, un nombre approprié dans le cadre d'un projet de thèse limité et contraint dans le temps et dans les ressources financières disponibles.

Références

- Adams, W.J. (1988). Sexuality and happiness ratings of husbands and wives in relation to first and second pregnancies. *Journal of Family Psychology, 2*(1), 67-81.
- Agence de Santé Publique du Canada (ASPC). (2001). *The population health template working tool*. En ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/template_tool-eng.pdf
- Agence de Santé Publique du Canada (ASPC). (2011). *What determines health?* En ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/indez-eng.php
- Alotaïbi, H. (S.d.). *Normalising CALL : Exploratory case study from the Saudi context.* En ligne : http://conference.pixel-online.net/ICT4LL2011/common/download/ Paper_pdf/SLA03-7-FP-Alotaibi-ICT4LL2011.pdf
- Bartellas, E., Crane, J.M.G., Daley, M., Bennett, K.A., & Hutchens, D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 107*(8), 964-968.
- Baxter, P. & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology : Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report, 13*(4), 544-559. En ligne : http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-4/baxter.pdf
- Casasola, K., Olsson, L., et M. Soldberg (2010). *Add as friend ; A case study on Facebook and its effets on social capital in the workplace.* En ligne : http://hj.diva-portal.org/smash/get/diva2:331026/FULLTEXT01
- Collins, K.M.T., Onwuegbuzie, A.J, & Jiao, W.G. (2007). « A mixed methods investigation of mixed methods sampling designs in social and health science research ». *Journal of Mixed Methods Research, 1*, p.267-294.
- Creswell, J.W. (2009). *Research design ; Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Thousand Oakes, CA : SAGE.
- Gagnon, Y.-C. (2012). L'étude de cas comme méthode de recherche (2nd ed.). Presses de l'Université du Québec, QC.
- Gouvernement du Canada. (2008). *Report on the state of public health in Canada.* En ligne : http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-e.pdf
- Kindig, D.A. (2007). Understanding population health terminology. *The Milbank Quarterly, 85*(1), 139-161. doi : 10.1111/j.1468-0009.2007.00479.x
- Oakley, C.A. (2013). *Mixed methods analysis of undergraduate quantum mechanics : An exploratory case study*. Physics and Astromony Dissertations, 64 pages. En ligne : http://scholarworks.gsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1064&context=phy_astr_dis

s
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2008). *Commission des déterminants sociaux de la santé – Combler le fossé en une génération.* En ligne : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/Who_ier_Csdh_08.1_fre.pdf
- Onwuegbuzie, A.J., & Collins, K.M.T. (2007). « A typology of mixed methods sampling designs in social science research ». *The Qualitative Report*, *12*(2), 281-316.
- Raido, E.V. (2011). *Investigating the web search behaviors of translation students : An exploratory and multiple-case study*. En ligne : http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/21793/Enriquez_PhD_Thesis_Final.pdf?sequence=1
- Reading, C.L., & Wien, F. (2009). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health.* En ligne : http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/social%20determinates/nccah-loppie-wien_report.pdf
- Rowland, M., Foxcroft, L., Hopman, W.M., & Patel, R. (2005). Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician*, *51*(10), 1367-1367.
- Rowley, J. (2002). Using case studies in research. *Management Research News*, *25*(1), 16-27.
- Stake, R. (2005). Qualitative case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), The SAGE handbook of qualitative research (3rd ed.) (pp. 443-466). Thousand Oakes, CA: SAGE.
- Wang, D. (2013). *The role of cultural values on the perception of advertising as offensive: a case study of Chinese Tertiary Students in Auckland.* En ligne : http://unitec.researchbank.ac.nz/bitstream/handle/10652/2335/Thesis_DapengWang.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Yin, R.K. (2009). Case study research; Design and methods (4th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Yin, R.K. (2012). Applications of case study research (3rd ed.). Thousand Oakes, CA : SAGE

ANNEXE 2

Liste des sources de recrutement

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
courriel	01-nov-13	11-déc-13	-	Oui : dépliants dans cours pré et post nataux + programme "Regarde, je grandis" (Hawkesbury, Rockland,		150 dépliants déposés en personne (bureau de Rockland)	22-janv	Contact	Bureau de santé de l'Est de l'Ontario - Linda Lanthier
courriel	01-nov-13	-	-	Oui	lettres (X2)	2 affiches + 15 dépliants (pour chacun des 2 sites)	07-nov	Contact	CSC Vanier - Martine Lévesque
courriel	01-nov-13	-	-	Oui : courriel envoyé à leurs contacts				Contact	Meilleur Départ
lettre	01-nov-13	-	-	Oui	lettre	3 affiches + 30 dépliants	05-déc	Cliniques médicales	Centre de Santé Montfort : Dr Aubin, Bégin, Dôme et Valcourt
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	Oui	en personne	60 dépliants (pour Gisèle)	19-févr	Cliniques médicales	Montreal Road ObGyn Associates
lettre	01-nov-13	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Cliniques médicales	St-Joseph Family Medicine Clinic
lettre	01-nov-13	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Cliniques médicales	Asclepios Medical Clinic
lettre	01-nov-13	-	-	Oui	lettre	2 affiches + 15 dépliants	14-nov	Cliniques médicales	Clinique De Médecine Familiale D'Embrun
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	Oui	lettre	2 affiches + 20 dépliants	19-févr	Cliniques médicales	Centre Médical St-Isidore
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	Oui	lettre	30 dépliants	19-févr	Cliniques médicales	Équipe de santé familiale Clarence-Rockland
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Cliniques médicales	Sound Care Medical Center
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	non - pas de francos	-	-	-	Cliniques médicales	Carling Broadview Medical Centre
lettre	01-nov-13	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Cliniques médicales	Harmony Medical Centre
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	non	-	-	-	Cliniques médicales	Carson Medical Clinic
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Cliniques médicales	Casselman Medical Center
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	oui	lettre	2 affiches + 20 dépliants	19-févr	Cliniques médicales	Seaway Valley Community Health Centre
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	oui	lettre	20 dépliants	19-févr	Cliniques médicales	Cornwall Health Care Centre
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	oui	lettre	2 affiches + 20 dépliants	19-févr	Cliniques médicales	Clinique Ruby
lettre	01-nov-13	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Cliniques médicales	Trillium Medical Clinic

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	oui	lettre	20 dépliants	19-févr	Cliniques médicales	Source Unique Clinic
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	oui	lettre	2 affiches + 20 dépliants	19-févr	Cliniques médicales	Smyth Pediatric Group
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	non	-	-	-	Cliniques médicales	Smyth Medical Centre
lettre	01-nov-13	12 mars : lettre + 2 affiches + 20 dépliants						Cliniques médicales	Ottawa Children's Clinic
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	oui	lettre	2 affiches + 20 dépliants	19-févr	Cliniques médicales	Strandherd Crossing Medical Centre
lettre	01-nov-13	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Cliniques médicales	Aims Health Group - Hampton Medical Centre
lettre	01-nov-13	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Cliniques médicales	Aim Health and Wellness Centre – Ottawa Trainyards
		12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Cliniques médicales	Aims Medical clinic - Orleans
lettre	01-nov-13	tél 18 fév	-	oui	lettre	2 affiches + 20 dépliants	19-févr	Cliniques médicales	Active Care Carlingwood
lettre	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants							Cliniques médicales	Bank Medical Centre (Dr Della Zazzera, OBGYN, Montfort)
lettre	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants							Cliniques médicales	McArthur Family Medical Centre (Dr Gauthier, OBGYN, Montfort)
lettre	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants							Cliniques médicales	Shirley Greenberg Women's Health Centre (Dr : Amanda Black, OBGYN, HO; Jessica Dy, OBGYN, HO; Nathalie Fleming, OBGYN, HO; Sukhbir Sony Singh, OBGYN, HO)
lettre	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants							Cliniques médicales	Wabano Centre for Aboriginal Health (Dr Sandra De la Ronde, OBGYn, HO)
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Access Medical Centre
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Activecare Medical Group - Kanata
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Bridlewood Medical Centre
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	CareMedics - Avenue McArthur

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	CareMedics - Clyde Baseline
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	CareMedics - Elmvale Acres
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	CareMedics - Kanata
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Carlingwood Medical Centre
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Centre médical de la rue Pitt
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Centre Médical Vanier
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	College Square Medical Centre
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Heart of Ottawa Medical Centre - rue Elgin
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	James Street Clinic
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Med-Team Clinic
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Medical Care Clinics - Kilborn Medical Centre
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Montreal Road Medical Centre
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Rideau Friel Medical Clinic
lettre	12 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Southbank Medical Centre
lettre	13 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Sunshine Medical Clinic
lettre	13 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	EVM Clinic

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	13 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Équipe de Santé Familiale Communautaire de l'Est d'Ottawa
lettre	13 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Équipe de Santé Familiale Communautaire d'Orléans-Cumberland
lettre	13 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Équipe de Santé Familiale Communautaire d'Overbrook-Forbes
lettre	13 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Centre Médical de Moose Creek
lettre	13 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Clinique médicale de Plantagenet
lettre	13 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Médecine Familiale 535
lettre	13 mars : lettre + 2 posters + 15 dépliants							Cliniques médicales	Centre Médical McArthur
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster	revenu car pas de numéro d"unit : renvoyé le 26 mars						Cliniques médicales	Carrefour Vanier Medical Centre
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Centre De Médecine Familiale Bruyère
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Bruyere Family Medicine Centre
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Centre Medical Ste-Anne
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Ottawa East Family Medical Centre
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Queensway Medical Centre
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Primacy Family First Centre
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Ste Marie Health Center

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Laurier Medical Clinic
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	St Lawrence Medical Clinic
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	CareMedics Manotick
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Uhn Altum Health
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Dr Howard Dubarsky Hunt Club Medical Centre
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Riverside Court Medical Clinic
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Vital Medical Centre
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Lapointe Medicine Professional Corp
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	PAI Medical Group
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Oatc Ottawa Clinic
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	ExecHealth Inc
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Centre de médecine familiale Primrose
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	OICC
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	The Clinic Upstairs
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Petra Health Centre
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Primacy - Westboro Medical Clinic

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Bells Corners Medical Group
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	LifeSource Medical Centre
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	We Care Medical Clinic
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Ste-Anne Medical Centre
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Vina Medical Centre
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Health Treasure Medical Center
lettre	14 mars : 10 dépliants + 1 poster							Cliniques médicales	Kanata Children's Clinic
formulaire en ligne	11-déc-13	-	-	Oui : accepte d'intégrer ma publicité à leur Medical News Network ; publicité bilingue de 15 secondes avec images à la télé de 4 cliniques du 23 février au 23 juin 2014			24-janv	Cliniques médicales	Appletree Ottawa
lettre	01-nov-13	11-déc-13	téléphone	oui	lettre	3 affiches + 20 dépliants	16-janv-14	Sage-femmes	Midwifery Group of Ottawa
lettre	01-nov-13	11-déc-13	téléphone	oui	lettre	3 affiches + 30 dépliants		Sage-femmes	Midwifery Collective of Ottawa
lettre	01-nov-13	11-déc-13	téléphone	approbation à venir	lettre	1 affiche + 1 dépliant (pour approbation)	24-janv	Sage-femmes	East Ottawa Midwives
lettre	01-nov-13	11-déc-13	téléphone + courriel / autre courriel retransmis à l'administrateur - 5 février	oui	lettre	2 posters	06-févr	Sage-femmes	Ottawa South Midwives
lettre	01-nov-13	11-déc-13	téléphone	message laissé 16 janvier		courriel renvoyé 5 février: tranféré à Head Midwife	Pas le temps, trop occupé ; recontacter en mars…	Sage-femmes	Gentle Beginnings Midwifery / Sages-femmes premières tendresses
lettre	01-nov-13	11-déc-13	téléphone	va me rappeler dans semaine du 20 janvier / même courriel que GB renvoyé le 5 février				Sage-femmes	Gentle Beginnings Midwifery – Embrun Site
lettre	12 mars : lettre + 15 dépliants							Bureau privé	Dr Michelle Davey et Dr Malika Oberoi
lettre	13 mars : lettre + 15 dépliants							Bureau privé	Dr Jean-Guy Baribeau

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	13 mars : lettre + 15 dépliants							Bureau privé	Dre Clare E. Bishop
lettre	13 mars : lettre + 15 dépliants							Bureau privé	Dr Ronald Dansereau
lettre	13 mars : lettre + 25 dépliants							Bureau privé	Dr DeGrâce, Dre Pitre, Dre Prince et Dr Roy
lettre	13 mars : lettre + 15 dépliants							Bureau privé	Dr Bernard Séguin
lettre	13 mars : lettre + 15 dépliants							Bureau privé	Dr Nicholas Sheshko
lettre	12 mars : lettre + 15 dépliants							Bureau privé	Dr Marina Suri-Straszak
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Gihad Mohammed Hisham Shabib, OBGYN
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Elliott Saul Cohen
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Catherine Attie
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Dawood Gorgui Dawood
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Andre-Marie Leroux
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Yaa Obesebea Asamoa Amankwah
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Nasser Roshdy Beshara
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Joyce Beryl Rejeanne Buckley
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Denis Krishan Dudley
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Delani Dahn Kotarba
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Sunita Therese Lal
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Arnold Newton

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants	N'existe plus					Bureau privé	Docteur : Lawrence Maduka Onochie
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Wee Lim Sim
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Kathryn Eileen Treehuba
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Emmanuel Jonathan Udoeyop
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Olugbenga Dehinbo
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : George Augustus Kolbe
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Ashley Garrett Cook
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Hany William
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Caroline Michelle Zerey
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : George Wilson King
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Richard Hooshang McCall
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Sahar Al-Bakkal
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Gurumukh Das Batra
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Rodney Montague Bergh
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Someshwar Bhargava
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Danelia De Jesus Chacon
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Danielle Grondin
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Alasdair Grant Walker Hunter

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Sidney Kardash
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Susan Gail Margaret Morgan
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Sisto Alfred
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Rossana Maria Tirado
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Judy Petra Maria Van Stralen
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Ahmed Abdelhaith Ahmed
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Irina Kirtsman
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Daniel Moreau, Stéphanie Palerme, Robert Lussier, Catherine Faucher, Véronique Moreau
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Éric Landriault
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Craig Erskine Campbell, Pamela Sumiko Berger, Susan Mary McFaul
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Karen Reva Wolfish, Karine Josee Lortie, Glenn David Posner
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Sharon Catherine Caughey
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Joan Aubry
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Manfred Lapner, Janina Milanska, Minh The Nguyen, Jean Cheng-Wa Suk
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Mary Susan Lee Aubin
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Constance Marie Ling, Hassan Shenassa, Helene Manon Gagne, Karen Ann Lee Visser
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Pierre Joseph Huard, Dante Umberto Pascali, Hisham Abraham Daniel Khalil, Jacques Paul Emile Sylvain
lettre	01-nov-13	-	-	Non	-	-	-	Bureau privé	Docteurs : Edward Douglas Bell, Ellen Tsai
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Christopher John Farrell

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Roman Feigel
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Mahassen Malak Ghobrial
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Demetra Vassiliou
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Douglas Andrew Cochen, Liisa Lyn Honey
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Fikry Milad Ywakim
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Nathalie Menard
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Michel Sakellarides
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Clara Paz Leigh
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Mary Catherine Smar
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Carolyne Huy Pung
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : François Alcidas Joseph Theoret
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Maria Ann Rence Arnold, Joseph Pierre Andre Borduas
lettre	01-nov-13	3 mars 2014 : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Luc Chagnon, Jean-Claude Lee Landa
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Nadya Mahmud Ben Fadel, Anne Kingsley Rowan-Legg
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Zave Howard Chad, William James
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Uday Chadha, Sujatha Manel Lena
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Anne Martha Wainwright Gillies, Fionnuala O'Kelly
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteurs : Kathryn Leone Keely, Karen S. Palayew, Michael Elliot Richler

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	01-nov-13	27 février : lettre avec 15 dépliants						Bureau privé	Docteur : Paul Roumeliotis
lettre	01-nov-13							Bureau privé	Docteur : Martin Racine
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : M.A. Adegbite
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : D. S. Saleh
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : L.M. Segal
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : D.D. Rajakumar
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : S. Redpath
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : J.R. Gammon
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : M.A. Jaworski
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : R.C. LaBerge
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : S.L. Lawrence
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : J.E. Liddle
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : A.M. McGregor-Shaw
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : C.L. Murray
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : A. Seshadri
lettre	28 mars : lettre + 10 dépliants							Bureau privé	Docteur : R.T. Shipman
lettre	01-nov-13	message laissé 16 janvier 2014	-	oui - 1 poster sur billboard		2 posters en personne	07-févr	Centres communautaires	Dalhousie Community Centre
lettre	01-nov-13	-	-	non - pas de francos				Centres communautaires	Bellevue Community Centre
lettre	01-nov-13	16 janvier - tél	-	oui	lettre	3 affiches + 20 dépliants		Centres communautaires	Sandy Hill Community Health Centre
téléphone	16-janv-14	-	-	documentation envoyée pour Lee - vont me dire si ok				Centres communautaires	Sandy Hill Community Health Centre - 2nd site
lettre	01-nov-13	16 janvier - tél	-	oui - envoyer affiche seulement (affiché pendant 1 mois)	lettre	2 affiches	16-janv-14	Centres communautaires	Centre communautaire Hunt Club Riverside
courriel	01-nov-13							Centres communautaires	Bethany Hope - L'Armée du Salut
courriel	16-janv-14	nouveaux courriels - 6 février	-	oui	en personne	4 affiches + 20 dépliants + 2 affiches sur babillard	07-févr	Centres communautaires	Centre de ressources communautaires Rideau-Rockcliffe

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
courriel	01-nov-13	message laissé le 16 janvier 2014 à Ken McKinsey + message relaissé le 6 février	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants					Centres communautaires	Centre de ressources de l'Est d'Ottawa
courriel	01-nov-13	message laissé le 16 janvier 2014		Oui	téléphone	4 affiches + 20 dépliants	28-janv	Centres communautaires	Parent Resource Centre
courriel	01-nov-13	courriel le 11 déc / message laissé le 16 janvier à Fiona Levingston + autre message le 6 février	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants					Centres communautaires	Centre de santé communautaire Carlington
courriel	01-nov-13	16 janvier - tél		non - pas de francos	-	-	-	Centres communautaires	Centrepointe Early Childhood Resource Centre
courriel	01-nov-13	-	-	Oui	lettres	2 affiches + 10 dépliants	11-nov	Centres communautaires	Centre de Ressources pour jeunes parents Maison Sainte-Marie
	01-nov-13	11-déc-13	message laissé le 16 janvier 2014 à Stéphanie Chiasson	discuté avec Chiasson - transfert à Erica de Early years - NON				Centres communautaires	Centre de santé communautaire Pinecrest-Queensway / Centre de santé communautaire satellite Nepean Sud
courriel	01-nov-13	11-déc-13	16 janvier - tél	oui	lettre	3 affiches + 15 dépliants	16-janv-14	Centres communautaires	Centre de santé communautaire de Somerset Ouest
courriel	01-nov-13	11-déc-13	16 janvier - tél	matériel déposé en personne - attente pour approbation	personne	1 affiche + 1 dépliant - remis à Tino	17-janv-14	Centres communautaires	Centre de santé communautaire du Sud-Est d'Ottawa
courriel + formulaire en ligne	01-nov-13	11-déc-13	-	Oui : demande approbation éthique envoyée le 11 déc	lettre	5 affiches + 30 dépliants	11-déc	Centres communautaires	Centre de santé communautaire du Centre-Ville
courriel	01-nov-13	-	-	Non, mais garde courriel si participants admissibles	-	-	-	Centres communautaires	Centre de santé communautaire du Sud-Est d'Ottawa - Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur
courriel	01-nov-13		12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants					Centres communautaires	Maison Familiale Debra Dynes
courriel	01-nov-13	16 janvier - tél		documents à Lena Turnbull				Centres communautaires	Mothercraft Ottawa - Birth and Parent Companion Program (doulas)
courriel	01-nov-13	message laissé le 16 janvier 2014	message laissé le 6 février	Non - pas de francos + inapproprié				Centres communautaires	Barrhaven Family Resource Centre
courriel	01-nov-13	message laissé le 6 février 2014	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants					Centres communautaires	Centre communautaire Franc Ouest (CCFO)
courriel	01-nov-13	tél. avec Nancy + courriel						Centres communautaires	Centre de ressources communautaires de Nepean Rideau et Osgoode

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
courriel	01-nov-13	tél. 16 janvier	matériel déposé en personne - attente pour approbation					Centres communautaires	Centre de ressources communautaires d'Ottawa Ouest
courriel	01-nov-13	-	-	Non	-	-	-	Centres communautaires	Centre de ressources communautaires Orléans-Cumberland
courriel	01-nov-13	courriel à David Walsh		Oui	lettre	3 affiches + 15 dépliants	17-janv-14	Centres communautaires	Centre familial Caldwell Inc.
courriel	01-nov-13	-	-	Oui	lettres (X5)	2 affiches + 15 dépliants X 5 sites	07-nov	Centres communautaires	Centre de santé communautaire de l'Estrie - Cornwall, Alexandria, Crysler, Bourget et Embrun
personne	28-janv-14	-	-	Oui	personne	4 affiches + 15 dépliants	28-janv	Centres communautaires	Centre de santé communautaire Vanier (CSC)
courriel	10-déc-13	-	-	Affiché sur page Internet de la GSAED dans la semaine du 16 décembre				Associations étudiantes	Bulletion de la GSAED / UO GSAED Association des étudiantes et étudiant diplômés
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association étudiante de la Faculté des Arts
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - AÉÉCLSS - Association des étudiants en Common Law Student Society
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - AEEDCO - Association des étudiants et des étudiantes en droit civil de l'Outaouais
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Conseil étudiant Telfer
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association des étudiants du M.B.A. @ Telfer
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - CSSA-AEI - Association des étudiants en informatique
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association des étudiants en Génie
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association des étudiants en sciences de l'activité physique
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association des étudiants diplômés d'infirmières autorisées (RNGSAÉDIA)
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - ADÉNUT - Association des étudiants en nutrition
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	CARLETON - Graduate Student's Association
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	CARLETON - CUSA - Carleton University Students' Association
courriel	01-nov-13	-	-	Non	-	-	-	Associations étudiantes	CARLETON - CUASA - Academic Staff Association
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	Association étudiante de La Cité Collégiale
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	AÉSS-O - Association des étudiants en sciences de la santé (UO, CARLETON + Cité Collégiale)
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association des étudiant.e.s diplômé.e.s de la Faculté d'éducation (AÉDÉ)

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Clubs de la FEUO
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association des étudiants en Sociologie et Anthropologie
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association étudiante des cycles supérieurs en Sociologie et Anthropologie
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association d'étudiants en psychologie
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association des étudiants (es) en service social
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association des étudiantes et étudiants diplômé(e)s en Science économique (AEGSE)
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association d'affaires publiques et internationales
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association d'étudiant-e-s diplômés en études des femmes (AÉDÉF)
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - comité étudiant du curriculum de biochimie (SBCC)
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Société de chimie de premier cycle de l'Université d'Ottawa
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - GESSA - Graduate Earth Science Student Association
formulaire en ligne	01-nov-13	-	-	Non	-	-	-	Associations étudiantes	UO - APUO - Association des professeurs de l'Université d'Ottawa
formulaire en ligne	01-nov-13	-	-	Oui - dans bulletin électronique + sur site internet	courriel	courriel pour participants	14-janv-14	Associations étudiantes	UO - APTPUO - Association des professeurs à temps partiel de l'Université d'Ottawa
formulaire en ligne	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Fédération étudiante de l'Université d'Ottawa (FEUO)
formulaire en ligne	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association des étudiants en criminologie
courriel	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association des étudiants en Science économique
formulaire en ligne	01-nov-13							Associations étudiantes	UO - Association des étudiants en sciences de la santé
courriel	05-nov-13	-	-	oui	courriel aux participants			Associations francos	Association francophone à l'éducation des services à l'enfance de l'Ontario - AFESÉO
courriel	06-nov	-	-	oui	courriel	affiche pour bulletin "Réseau Express"	06-nov	Santé	Réseau des services de santé de l'Est de l'Ontario (rssfe.on.ca) - Nicolas Séguin
courriel	06-nov	03-juin						Associations francos	Association française des municipalités de l'Ontario
courriel	06-nov	03-juin						Associations francos	Regroupement des intervenantes et intervenants francophones en santé et en services sociaux de l'Ontario

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
courriel	06-nov	-	-	Non	-	-	-	Associations francos	Assemblée de la francophonie de l'Ontario (AFO)
courriel	09-nov	formulaire en ligne - 7 mars	03-juin					Associations francos	Chantal Nadeau, directrice générale de l'ACFO d'Ottawa
courriel	09-nov	03-juin						Associations francos	Alain Demers, directeur général de l'ACFO Prescott-Russell
courriel	06-nov	03-juin	-	oui : post sur FB le 7 juin 2014				Associations francos	Fondation franco-ontarienne
formulaire en ligne	06-nov	-	-	Oui : sera affiché sur leur Facebook + Twitter			04-déc	Associations francos	Parents Partenaires en éducation
courriel	08-nov	message laissé le 12 février	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants					Garderies	Ontario Early Years Centres - Prescott-Russell
lettre	11-nov	appel 12 février	-	oui	lettre	2 affiches + 20 dépliants	13-févr	Garderies	Ontario Early Years Centres - Prescott-Russell-Alexandria
courriel	08-nov	message laissé le 12 février	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants / Message sur FB	oui	lettre	2 affiches + 20 dépliants	30-mai-14	Garderies	Ontario Early Years Centres - Prescott-Russell-Embrun / Maison de la famille Embrun
courriel	08-nov	message laissé le 12 février	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants					Garderies	Ontario Early Years Centres - Prescott-Russell-Hawkesbury
courriel	08-nov	téléphone 12 février	-	Message pour Facebook	ont déjà les dépliants - reçu par l'infirmière par Bureau de Santé de l'Est de l'Ontario (Linda Lanthier)			Garderies	Ontario Early Years Centres - Prescott-Russell-Rockland / Maison de la famille Rockland
courriel	08-nov	-	-	Non	-	-	-	Garderies	Ontario Early Years Centres - Nepean-Carleton
courriel	08-nov	téléphone le 12 février - formulaire pour CA (+ approbation éthique + poster et dépliant)		Non - pas dans mandat				Garderies	Ontario Early Years Centres Ottawa South : Ottawa South + Ottawa South Industrial + Ottawa South Dunlop + Ottawa South Marius Barbeau + Ottawa South Blossom Park Best Start Hub (5 sites)
courriel	08-nov	-	-	Non	-	-	-	Garderies	Ontario Early Years Centres - Ottawa-Orleans - Global Child Care Services
courriel	08-nov			Déjà ok avec Martine Lévesque - CSC Vanier				Garderies	Ontario Early Years Centres - Ottawa-Vanier
courriel	08-nov	-	-	Parlé avec Érica le 6 février - NON				Garderies	Ontario Early Years Centres - Ottawa-West Nepean + Ottawa-West Nepean Bayshore (2 sites)
courriel	08-nov	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Garderies	Centre éducatif Beausoleil
courriel	08-nov	appel 12 février	-	oui	en personne	2 affiches + 30 dépliants	13-févr	Garderies	Garderie Bernadette Child Care Centre - Université d'Ottawa
courriel	08-nov	-	-	Non	-	-	-	Garderies	Centre des petits d'Ottawa (2005) Inc.
courriel	08-nov	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Garderies	Colonel By Child Care Centre - Carleton University
courriel	08-nov	lettre 4 juin : 2 affiches						Garderies	Garderie Oasis Child Care Centre

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
courriel	08-nov	lettre 4 juin : 2 affiches						Garderies	Garderie Tunney's Daycare - Statistiques Canada
courriel	08-nov	lettre 4 juin : 2 affiches						Garderies	Académie St-Laurent
courriel	08-nov	lettre 4 juin : 2 affiches						Garderies	Centre éducatif des Bécasseaux
courriel	08-nov	lettre 4 juin : 2 affiches						Garderies	Centre de la petite enfance du Rocher
courriel	08-nov	lettre 4 juin : 2 affiches						Garderies	Garderie éducative Renée Tassé - La Cité Collégiale
courriel	08-nov	lettre 4 juin : 2 affiches						Garderies	La Coccinelle - École Alain Fortin
courriel	08-nov	lettre 4 juin : 2 affiches						Garderies	Centre éducatif coopératif Le Manège Inc. - JRG
courriel	12-févr	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants							Centre de ressources familiale de l'Estrie
courriel	08-nov	courriel : 12 février	-	Oui : article rédigé par Todd Lihou				Journaux francos	Le Journal de Cornwall
courriel	08-nov	-	N'existe plus					~~Journaux francos~~	~~La Nouvelle Étudiant~~
courriel	08-nov	courriel : 12 février	-	Oui : article rédigé par Annie Lafortune				Journaux francos	Le Reflet de Prescott-Russell
courriel	08-nov	courriel : 12 février	-	Oui , 1 publicité dans chaque journal le 20 février				Journaux francos	Le Carillon (Hawkesbury)
courriel	08-nov	courriel : 12 février	-					Journaux francos	Vision Prescott-Russell
courriel	08-nov	courriel : 12 février						Journaux francos	Le Regional
courriel	08-nov	-	-	Entrevue téléphonique le 13 nov avec Philippe Orfali a demandé lettre de superviseur : lettre de Viola faite le 4 déc	2 publicités de 1/5 pages qui seront publiées respectivement le 19 mars et 26 mars - matériel de publicité envoyé le 11 mars = épreuve reçue le 13 et			Journaux francos	Le Droit
courriel	08-nov	Formulaire en ligne - 6 février						Journaux francos	L'Express d'Ottawa
courriel	08-nov	-	-	Oui pour 141.25 $ pour édition de février	courriel	texte publicité pour édition de février	chèque déposé en personne le 27 janvier	Journaux francos	Perspectives Vanier
courriel	08-nov	nouveaux courriels - 6 février	-	oui	affiche envoyée par courriel le 6 février			Journaux francos	La Rotonde - Le journal francophone de l'Université d'Ottawa
courriel / écrit sur site 9 nov	8 et 9 nov		N'existe plus					Journaux francos	La SageCité - Le journal étudiant de la Cité Collégiale
courriel	08-nov	nouveaux courriels - 6 février	-	Oui - 340$ + tx (super bannière / 10 000 vues; du 13 mars au 13 avril)- publicité envoyée le 10 mars - 1ère épreuve reçue le 11 mars - corrections renvoyées le 11 mars (Céline LeBrun : 819-210-5675)				Journaux francos	Voir Gatineau/Ottawa

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
formulaire en ligne	13-nov	-	-	Oui : Sera affiché sur leur site web dans la semaine du 18 novembre					Champlain Maternal Newborn Regional Program (CMNRP) / Programme régional des soins à la mère et au nouveau-né de Champlain - Christina Cantin, consultant périnatale
courriel	05-déc	Facebook - réponse 15 avril	-	oui - sur FB dans semaine du 24 avril et dans semaine du 9 juin	-	-	-	Général	Ottawa Childbirth Education Association
courriel	05-déc	03-juin	-	non	-	-	-	Général	Susan Nolan - Birthcare Canada
courriel	05-déc	03-juin	-	oui : message publié sur leur FB le 7 juin				Général	Milkface
courriel	05-déc							Associations étudiantes	SPUSA - Association étudiante de l'Université Saint-Paul
courriel	05-déc							Associations étudiantes	AECDO - Association étudiante du Collège dominicain d'Ottawa
courriel	05-déc							Associations étudiantes	RÉFO - Regroupement étudiant franco-ontarien
courriel	05-déc	courriel 14 février	courriel 13 mars					Allaitement	LLLC (La Leche League Canada) - Central email for Ottawa
courriel	05-déc	courriel 13 mars	lettre 4 juin : 2 affiches + 15 dépliants					Allaitement	LLLC-Cornwall
courriel	05-déc	courriel 13 mars	lettre 4 juin : 2 affiches + 15 dépliants					Allaitement	LLLC-Nepean Central
courriel	05-déc	courriel 13 mars	lettre 4 juin : 2 affiches + 15 dépliants					Allaitement	LLLC Orleans Nursing Toddlers
courriel	13-mars	03-juin						Allaitement	LLLC Orléans
courriel	05-déc	courriel 13 mars	03-juin					Allaitement	LLLC-Ottawa Byward Market
courriel	05-déc	-	-	Non	-	-	-	Allaitement	LLLC-Ottawa Centre
courriel	05-déc	courriel 13 mars	lettre 4 juin : 2 affiches + 15 dépliants					Allaitement	LLLC-Ottawa Saturday Couples
courriel	05-déc	courriel 13 mars	lettre 4 juin : 2 affiches + 15 dépliants					Allaitement	LLLC-Ottawa West
courriel	13 mars (cdepi)	lettre 4 juin : 2 affiches + 15 dépliants						Allaitement	LLLC Winchester
-	-	-	-	Oui : distribué à la liste de mamans par courriel			13-déc	Allaitement	LLLC - Ottawa Est (francophone)
courriel	05-déc	14-févr						Allaitement	Amies-allaitement Ottawa
courriel	05-déc	14-févr	03-juin					Allaitement	The Breastfeeding Cafe
courriel	05-déc	-	-	Oui	lettre	1 affiche + 10 dépliants	06-déc	Allaitement	Sonya Boersma - Lactation Care Ottawa
courriel	05-déc	14-févr	03-juin					Allaitement	Beth McMillan - Lactation consultant
courriel	05-déc	14-févr	03-juin					Allaitement	Fleur Bickford - Lactation consultant
courriel	05-déc	14-févr	03-juin					Allaitement	Susan Wheat - Lactation consultant + Doula
courriel	05-déc	14-févr	03-juin					Allaitement	Lyne Lacroix - Lactation consultant

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
courriel	05-déc	14-févr	03-juin	oui : message distribué à leur liste de diffusion				Allaitement	Joan Fisher
courriel	05-déc	14-févr	03-juin					Allaitement	Julie Cooke
courriel	05-déc	-	-	Oui - Partagé sur son Facebook				Allaitement	Lorraine Rigby-Larocque
courriel	05-déc	14-févr	03-juin	oui : message distribué à leur liste de diffusion				Allaitement	Ottawa Valley Lactation Consultants
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Hayley Kew
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Danielle James Stehr
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Ottawa Labour Support : Cathy Deschenes et Gillian Sippert
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Lamaze Ottawa
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Jamie McCallu
courriel	05-déc	-	-	Non	-	-	-	Doulas	Maryline Fétiveau
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Victoria Kellett
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Aline Paradis -Helping hands doula
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Susan Martensen -Birth and beginnings
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Margaret Hollman - Ottawa Bliss Doula
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Mary Kuzniuk - Maternity matters
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Heather Konchak Olszewski - Cherub doula services
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Misty Pratt - Chickadeechildbirth
courriel	05-déc	14-févr	courriel : 13 mars					Doulas	Ottawa Valley Doulas
courriel	05-déc	14-févr	13-mars					Doulas	Niki Ali
courriel	13-mars							Doulas	Gina Merlin
courriel	13-mars							Doulas	Gerturde Wilkes
courriel	13-mars							Doulas	Hailey Gagnon-Hannah
courriel	13-mars							Doulas	Hayley Kew
courriel	13-mars							Doulas	Jessica Creelman
courriel	13-mars							Doulas	Marjorie Wiebe
courriel	13-mars							Doulas	Melody Needham
courriel	13-mars							Doulas	Michelle Turner
courriel	13-mars							Doulas	Shannon Pardy
courriel	13-mars							Doulas	Stephany Leroux
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Pia Anderson
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Karla Armstrong
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Karen Aubin
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Christine Crook
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Prima Doulas
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Signy Fridriksson - Prima doulas
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Jackie McNair - Prima doulas
courriel	05-déc	-	-	Oui	lettre	15 dépliants	11-janv-14	Doulas	Brittany Irvine - Necessary Doulas
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Michele Laing
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Karen McIntosh - Healthy Beginning
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Zoia Nikolova
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Amy Owen
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Gillian Szollos
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Stephanie Stewart
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Tatiana Plechenko - Nesting in Ottawa
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	New arrivals (4 doulas)

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Doula CARE
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Jessica Creelman
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Melodie Currie
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Lynda Elves
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Kamerine Gardam
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Karyn Jacobsen-Hugues
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Amie Scharfe
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Andrea Strang
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Ashleigh White
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Brandie Lekovic
courriel	05-déc	14-févr						Doulas	Lilly Bianchi
courriel	10-déc	-	-	Oui : Partagé sur leur Facebook seulement			13-déc	Site internet	Ottawa Mommy Club
courriel	13-mars	03-juin						Site Internet	Life with a Baby
formulaire en ligne	10-déc	13-mars	03-juin	Redirigé vers sales team : courriel le 7 juin				Site internet	Savvy mom - Savvymom.ca Ottawa
courriel	10-déc	13-mars	03-juin					Site internet	Ottawa Valley Moms
formulaire en ligne	10-déc	13-mars	03-juin					Site internet	Mommy Connections - Central Ottawa
courriel	10-déc	13-mars	03-juin					Site internet	Momstown
formulaire en ligne	10-déc	13-mars	03-juin					Site internet	New Ottawa Mom
lettre (X5)	10-déc		03-juin					Magasins	Boomerang Kids
courriel	10-déc	13-mars	03-juin	va en parler au Ottawa Licensee	courriel	message pour FB + newsletter	31-juil-14	Exercices	Fitmom
courriel	10-déc	-	-	Non	-	-	-	Exercices	Dancing mama
formulaire en ligne	10-déc	-	-	Oui - Partagé sur son Facebook + distribué à ses contacts	lettre	5 affiches + 30 dépliants	13-déc	Exercices	Kangoroo Fitness
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Ottawa Athletic Club
courriel	10-déc	13 mars : formulaire en ligne	03-juin					Exercices	Fitness with Jules
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	YMCA - Taggart Family Y
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	YMCA - Clarence-Rockland Y
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	YMCA - Downtown Y
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	YMCA - Kanata Y
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	YMCA - Nepean Y
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	YMCA - Ruddy Family Y

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
		7 mars : lettre + 4 posters							YMCA - Carlingwood Y
courriel	10-déc	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Massage	Infant Massage in Canada
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	CorSano Pilates - Pre and post natal program
courriel	10-déc	13 mars 2014 : formulaire en ligne + courriel	-	Oui	lettre + courriel	25 dépliants + publicité Facebook	13-mars-14	Exercices	Esther América Danse
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Barrhaven Loblaws - Women's Club
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Baseline/Woodroffe Loblaws - Women's Club
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Bridlewood Real Canadian Superstore - Women's Club
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Eagleson Place - Coed Club
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Gloucester Centre Loblaws - Women's Club
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Hazeldean Road 24 Hrs 4 Days/Wk - Coed Club
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Hunt Club 24 Hrs 4 Days/Wk
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - March/Terry Fox 24 Hrs 4 Days/Wk - Coed Club
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Orleans Tenth Line 24 Hrs 4 Days/Wk - Coed Club
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Place D'Orleans 24 Hrs 4 Days/Wk - Coed club
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Queen Street 24 Hrs 4 Days/Wk
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Queensview 24 Hrs 4 Days/Wk
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Rideau Centre - Coed Club
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - River Road Your Independent Grocer
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - South Orleans Real Canadian Superstore
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - St. Laurent Centre 24 Hrs 4 Days/Wk
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Strandherd Crossing 24 Hrs 4 Days/Wk
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Vanier Market Loblaws

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Goodlife Fitness Centres - Ottawa - Walkley 24 Hrs 4 Days/Wk
lettre	10-déc	-	-	Oui	lettre	3 affiches + 15 dépliants	23-déc	Exercices	Curves - Ottawa, ON - Northeast
lettre	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Curves - Ottawa, ON - South
lettre	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Curves - Ottawa, ON - West
lettre	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Curves - Ottawa, ON - West Central North
lettre	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Curves - Ottawa, ON - West Central South
lettre	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Curves - Cornwall, ON
lettre	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Curves - Hawkesbury, ON
lettre	10-déc	N'existe plus						Exercices	Curves - Alexandria, ON
lettre	10-déc	N'existe plus						Exercices	Curves - Embrun, ON
lettre	10-déc	7 mars : lettre + 4 posters						Exercices	Curves - Nepean, ON - South
lettre	14 mars : lettre + 4 posters							Exercices	
courriel	10-déc	message laissé le 17 janvier	-	oui - sur bulletin board au 2e étage	personne	2 posters	07-févr	Exercices - Recreation Centers	Walter Baker Sports Centre
courriel	10-déc	-	-	oui	lettre	5 affiches + 15 dépliants	13-déc	Exercices - Recreation Centers	François Dupuis Recreation Centre
lettre	10-déc	rappeler lundi : demander Howard		oui	personne	3 affiches + 15 dépliants	21-janv	Exercices - Recreation Centers	Hintonburg Community Centre
lettre	10-déc	téléphone 17 janvier	-	oui	personne	4 affiches + 15 dépliants	18-janv	Exercices - Recreation Centers	Hunt Club- Riverside Park
courriel	10-déc	-	-	oui	lettre	3 affiches + 20 dépliants	11-janv-14	Exercices - Recreation Centers	Nepean Sportsplex
lettre	11-déc	téléphone 17 janvier	-	oui	personne	2 affiches + 10 dépliants	18-janv	Exercices - Recreation Centers	Plant Recreation Centre
lettre	11-déc	17 janvier : téléphone et requête transmise au directeur	téléphone 6 février	oui	personne	2 affiches sur community board	07-févr	Exercices - Recreation Centers	Fred Barrett Arena
lettre	11-déc	téléphone 17 janvier	-	non - n'affichent que des choses vs ville d'Ottawa			-	Exercices - Recreation Centers	Kanata Leisure Centre and wave pool
lettre	11-déc	téléphone 17 janvier	-	oui	personne	2 affiches + 10 dépliants	18-janv	Exercices - Recreation Centers	Manotick Arena
lettre	11-déc	message laissé le 17 janvier	Rappeler Regis	oui	courriel à Regis	1/2 affiche	20-janv	Exercices - Recreation Centers	Old Town Hall Community Centre

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	11-déc	téléphone 17 janvier	-	oui	personne	2 affiches	18-janv	Exercices - Recreation Centers	Pinecrest Recreation Centre
lettre	11-déc	message laissé le 17 janvier	message laissé à Hélène - 6 février 2014	publicité envoyée par courriel à Elaine le 13 février	-	Oui : affiche envoyée par courriel		Exercices - Recreation Centers	Bob MacQuarrie - Orléans Recreation Complex
courriel	10-déc	téléphone 17 janvier		approbation à venir	personne	4 affiches + 15 dépliants		Exercices - Recreation Centers	Gouldbourn Recreation complex
lettre	10-déc	téléphone 17 janvier		oui	personne	2 affiches	18-janv	Exercices - Recreation Centers	Rideauview Community Centre
lettre	10-déc							Exercices - Recreation Centers	Eva James Memorial Community Centre
courriel	10-déc	message laissé le 17 janvier	-	oui	personne	4 affiches/2 babillards + 10 dépliants	07-févr	Exercices - Recreation Centers	Carleton Heights
lettre	11-déc	va vérifier avec boss		Non, pas approprié				Exercices - Recreation Centers	Routhier Community Centre
lettre	11-déc	téléphone 17 janvier		courriel à Matthew Perkins				Exercices - Recreation Centers	Kanata Recreation Complex
lettre	11-déc	téléphone 17 janvier		approbation à venir	lettre	3 affiches + 10 dépliants	18-janv	Exercices - Piscines	Canterbury Recreation Complex
lettre	11-déc	message laissé le 17 janvier	message laissé - 6 février	oui	en personne	3 affiches	22-févr	Exercices - Piscines	Deborah Anne Kirwan Pool
lettre	11-déc	appel le 12 février 2014		oui	en personne	1 affiche sur Community board	13-févr	Exercices - Piscines	Jack Purcell Complex
courriel	10-déc	message laissé à Maggie le 17 janvier	téléphone 6 février à Maggie - envoyé par courriel	à venir	courriel avec affiche envoyé le 6 février			Exercices - Piscines	Ray Friel Recreation Complex
lettre	11-déc	téléphone 17 janvier		oui	personne	2 affiches pour Don Harris	18-janv	Exercices - Piscines	Sawmill Creek Community Centre and pool
lettre	11-déc	téléphone 17 janvier		oui	personne	2 poster + 10 dépliants	18-janv	Exercices - Piscines	Splash Wave Pool
lettre	11-déc	téléphone 17 janvier		oui	personne	2 poster + 10 dépliants	18-janv	Exercices - Piscines	St-Laurent Complex
lettre	11-déc	téléphone 17 janvier		oui	personne	2 poster + 10 dépliants	18-janv	Exercices - Piscines	Brewer Pool and arena
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Albion-Heatherington Recreation Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Alexander Community Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Champagne Fitness Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Cyrville Community Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Dempsey Community Centre
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Dovercourt Recreation Centre

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Fisher Park Community Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Foster Farm Community Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Glebe Community Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Greenboro Community Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Heron Road Community Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Jim Durrell Recreation Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	McNabb Recreation Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Michele Heights Community Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Ottawa South Community Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Overbrook Community Centre
courriel	10-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Richcraft Recreation Complex - Kanata
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Richelieu-Vanier Community Centre
courriel	10-déc	-	-	Non	-	-	-	Recreation Centers	Ron Kolbus Lakeside Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	Sandy Hill Community Centre
lettre	11-déc	7 mars : lettre + 2 posters						Recreation Centers	South Fallingbrook Community Centre
lettre	11-déc							Recreation Centers	Terry Fox Athletic Facility
lettre	11-déc							Magasins	Toys R Us - Saint-Laurent Centre
lettre	11-déc							Magasins	Babies R Us - Saint-Laurent Centre
lettre	11-déc							Magasins	Gap Kids - Saint-Laurent Centre
lettre	11-déc							Magasins	Gymboree - Saint-Laurent Centre
lettre	11-déc							Magasins	Joshua Perets - Saint-Laurent Centre
lettre	11-déc							Magasins	Justice - Saint-Laurent Centre
lettre	11-déc							Magasins	Mexx Kids - Saint-Laurent Centre
lettre	11-déc							Magasins	Souris Mini - Saint-Laurent Centre
lettre	11-déc							Magasins	The Children's Place - Saint-Laurent Centre
lettre	11-déc							Magasins	Growing Kids - Place D'Orléans
lettre	11-déc							Magasins	Justice - Place d'Orléans
lettre	11-déc							Magasins	Kiddie Kobbler - Place d'Orléans
lettre	11-déc							Magasins	Melonhead - Place d'Orléans
lettre	11-déc							Magasins	Mrs Tiggy Winkle's - Place d'Orléans
lettre	11-déc							Magasins	The Children's Place - Place d'Orléans
lettre	11-déc							Magasins	YW/YMCA Mini Port - Place d'Orléans
courriel	11-déc							Magasins	3 Little Monkeys

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
formulaire en ligne	11-déc							Magasins	Fab Baby Gear
formulaire en ligne	11-déc							Magasins	Extraordinary Baby Shoppe
formulaire en ligne	11-déc							Magasins	Peek-a-boo
formulaire en ligne	11-déc							Magasins	Nest
courriel	11-déc							Magasins	Mrs Tiggy Winkle's
lettre	11-déc							Magasins	Playvalue Toys
courriel	11-déc							Magasins	Kiddy Town
lettre	14-janv-14	-	-	Oui (gratuit!) : affichée dans 3 locations de février à août	courriel	publicité bilingue	24-janv	Santé	Services de santé de l'UO (SSUO)
courriel	13-janv-14	07-mars-14	Facebook - 8 avril	Non - pas sur Facebook et centre fermé jusqu'au 5 mai, puis été, donc peu de				Général	Carrefour francophone UO
courriel	13-janv-14	13-mars	03-juin	non	-	-	-	Associations francos	Commission Nationale des parents francophones
formulaire en ligne	13-janv-14	03-juin						Associations francos	Regroupement ethnoculturel des parents francophones de l'Ontario
courriel	13-janv-14	-	-	Oui	en personne	6 affiches + 20 dépliants	15-janv-14	Centre communautaire	Patro d'Ottawa
courriel	13-janv-14	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Associations francos	Mouvement d'implication francophone d'Orléans (MIFO)
courriel	08-janv-14	-	-	Entrevue faite le 13 janvier 2014 - en diffusion le 13 janvier 2014 vers 15h30/15h45				Radio	Unique FM - Joanie Charron
courriel	13-janv-14	-	-	Entrevue le 21 janvier 2013 - en diffusion à 11h en direct, à 17h et à minuit en reprise				Télé	TV Rogers- Entre Nous : Pierre-Antoine Rivard Paquet et Barbara
courriel	14-janv-14	courriel à directrice générale - 14 février	-	Oui - entrevue avec Olivier Charbonneau le 10 mars pré-enregistrée - passera 2 X/semaine, à 2 plages (7-8 et 8-9) dans show du matin franco				Radio	CHUO - Radio étudiante de l'UO
courriel	14-janv-14							Radio	CKCU FM (Carleton University)
courriel	14-janv-14							Journal étudiant en ligne	Centretown News - Carleton University
courriel	14-janv-14							Radio	Lab Radio - Cité Collégiale
WEB	16-janv-14			Oui - annonce publiée				Internet	Kijiji - communauté Ottawa
courriel	16-janv-14	-	-	Entrevue lundi 20 janvier à 6h50				Radio	Radio-Canada : Bernier et cie
courriel	16-janv-14	13-mars						Radio	Radio-Canada : Le monde selon Mathieu
courriel	13-mars-14							Radio	Radio-Canada : Médium large avec Catherine Perrin
courriel	05-févr	-	-	Greenway				Journal	Ottawa Metro News

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
courriel	03-juin	-	-	Oui : 2 publicités dans Metro News Ottawa --> 12 juin + 4 juillet (édition spéciale Blues Festival) = 500$				Journal	Ottawa Metro News
courriel	14-janv	-	-	oui	personne	4 affiches + 30 dépliants	29-janv	Santé	Centre psychosocial
courriel	29-janv	13-mars	-	Oui	23 avril, en personne : Affiches + posters affichés dans salle d'attente + salles d'examen/consultation à la clinique de Pédiatrie avec Cathy, infirmière (après approbation éthique de Montfort + ok de Julie Nault)			Hôpital	Clinique de pédiatrie de l'Hôpital Montfort + Unité de Médecine Familiale
courriel	29-janv			Non - veut pas solliciter clientèle pour sondage/étude				Général	Grandir ensemble - Ottawa
courriel	12-févr-14	03-juin						Internet + Radio	FrancoCornwall - Le service Web régional de la communauté francophone de Stormont, Dundas & Glengarry
courriel	12-févr-14	03-juin	-	Oui	-	affiché sur site jusqu'au 29 mai 2014	-	Internet	francoOttawa.info : Le nouveau service web de la région de la capitale nationale
courriel	12-févr-14	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Centres	Centre culturel de Cornwall
lettre	12-févr-14	12 mars : lettre + 2 affiches + 15 dépliants						Centres récréatifs	Centre aquatique de Cornwall
lettre	14 mars : lettre + 4 posters							Exercices - enfants	A Gym Tale
lettre	14 mars : lettre + 20 dépliants							Massage	Anna Bélanger & Associates (Massage, yoga et acupuncture)
courriel	20-mars	-	-	Oui : une place au Marketplace pour distribuer/promouvoir publicité - contrat fait de 508,80$ pour le 3 et 4 mai 2014				Général	The Baby Show - 3 et 4 mai 2014 au Ottawa Convention Center
courriel	14-mars	-	-	Oui: publicité sur Facebook		affiche recrutement en jpeg	08-avr-14	Exercices	Little Lotus Yoga
courriel	14-mars	03-juin						Site internet	Kids in the Capital
courriel	14-mars	03-juin						Site internet	A Little Bit of momsense
courriel	14-mars							Photographie	Sara McConnell - Photography
courriel	14-mars							Magasin	Nayla Natural Care
courriel	14-mars							Divertissement	Monkey Rock Music
courriel	14-mars	03-juin						Site internet	Ottawa Families
courriel	14-mars	FB : 3 avril	FB + courriel 31 mai 2014					Revue	Parenting Times
courriel	14-mars	courriel + formulaire en ligne 31 mai 2014						Revue	Oh Baby Magazine
courriel	14-mars	03-juin						Exercices - enfants	Starr Gymnastics
courriel	14-mars	-	-	Non - mais courriels à collègues à UO + Cité Collégiale				Association francophone	CNFS Consortium national de formation en santé
courriel	14-mars	-	-	Non	-	-	-	Association francophone	Association des enseignantes et enseignants franco-ontariens

Moyen : courriel ou lettre	**Date d'envoi**	**Rappel 1 (date)**	**Rappel 2 (date)**	**Réponse**	**2e contact :** matériel de recrutement	**Matériel envoyé**	**Date d'envoi**	**Catégorie**	**Qui / Quoi**
en personne	15-avr-14	-	-	Oui	20 affiches sur babillards à travers les campus UO - gratuit (contact du Carrefour Francophone UO)			Général	Service d'affichage UO - Service de vie communautaire
courriel	29-avr	31-mai-14						Journal	Journal la Gazette (bulletin électronique pour employés et profs de l'UO) - Geneviève Joly (contact de Myriam Hugron, Carrefour franco)
courriel	29-avr	31-mai-14						Réseaux sociaux UO	Réseaux sociaux de l'UO - Adrian Ebsary (contact de Myriam Hugron, Carrefour Franco)
FB	31-mai-14							Service de nanny	Ayah Nannies
FB	31-mai-14							Général	Canadian Foundation for Women's Health
FB	31-mai-14							Général	Eh Baby Club
formulaire en ligne / FB	31-mai-14	-	-	sur FB	courriel	publicity jpeg envoyée	03-juin-14	Général	I sign You sign Learning Academy
courriel	31-mai-14							Général	Kids & Company
FB	31-mai-14							Photographie	Little Wagon Photography
FB	31-mai-14							Santé	LiveWell Family Health Centre
courriel	03-juin-14	-	-	Non (appel le 5 juin) : 1) need local investigator affiliated at CHEO ; 2) serait mieux dans un hôpital pour adultes, ex maternity ward, pour population plus adéquate (CHEO = enfants pas en santé)				Hôpital	CHEO - REB
courriel	03-juin-14							Hôpital	Hawkesbury
courriel	03-juin-14	Non - prochaine rencontre d'éthique = octobre 2014						Hôpital	Cornwall

ANNEXE 3

Affiches et dépliants de recrutement

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples francophones en milieu minoritaire en Ontario

Dans le cadre d'une thèse de doctorat à l'Université d'Ottawa, nous recherchons présentement **100 couples parentaux francophones** de la **région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario**.

Le but de l'étude est d'explorer **l'expérience sexopérinatale** des couples parentaux, soit le **vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse** et **leurs besoins** dans le domaine par rapport aux services de santé.

Cette recherche permettra d'augmenter les connaissances sur le sujet et de faire ultérieurement des recommandations pour mieux orienter les services sexopérinataux auprès des couples parentaux pendant leur transition à la parentalité.

Critères d'admissibilité :

- Habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario
- Être âgé de 18 ans et plus
- Couples hétérosexuels
- Premier enfant du couple
- Couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse
- Bébé âgé entre 6 et 12 mois
- Couple s'identifiant comme francophone
- Grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme
- Avoir accès à Internet



Votre participation nécessite la complétion de questionnaires en ligne pour une durée d'environ 60 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. À la fin, vous serez également invités à participer à une entrevue optionnelle. Des cartes-cadeaux d'épicerie seront tirées à la fin de l'étude.

Si cette étude vous intéresse, vous êtes cordialement invités à communiquer par courriel avec la chercheure principale de l'étude :

Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
[redacted]

uOttawa

[redacted] Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted] Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted] Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted] Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted] Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples francophones en milieu minoritaire en Ontario

Dans le cadre d'une thèse de doctorat à l'Université d'Ottawa, nous recherchons présentement **100 couples parentaux francophones** de la **région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario**.

Le but de l'étude est d'explorer **l'expérience sexopérinatale** des couples parentaux, soit le **vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse** et **leurs besoins** par rapport aux services de santé.

Cette recherche permettra d'augmenter les connaissances sur le sujet et de faire ultérieurement des recommandations pour mieux orienter les services sexopérinataux auprès des couples parentaux pendant leur transition à la parentalité.

Critères d'admissibilité :

- Habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario
- Être âgé de 18 ans et plus
- Couples hétérosexuels
- Premier enfant du couple
- Couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse
- Bébé âgé entre 6 et 12 mois
- Couple s'identifiant comme francophone
- Grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme
- Avoir accès à Internet



Votre participation nécessite la complétion de questionnaires en ligne pour une durée d'environ 60 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. À la fin, vous serez également invités à participer à une entrevue optionnelle.
Des cartes-cadeaux d'épicerie seront tirées à la fin de l'étude.

Si cette étude vous intéresse, vous êtes cordialement invités à communiquer par courriel avec la chercheure principale de l'étude :

Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
[redacted]

uOttawa

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples francophones en milieu minoritaire en Ontario

Dans le cadre d'une thèse de doctorat à l'Université d'Ottawa, nous recherchons présentement **100 couples parentaux francophones** de la **région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario**.

Le but de l'étude est d'explorer **l'expérience sexopérinatale** des couples parentaux, soit le **vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse** et **leurs besoins** par rapport aux services de santé.

Cette recherche permettra d'augmenter les connaissances sur le sujet et de faire ultérieurement des recommandations pour mieux orienter les services sexopérinataux auprès des couples parentaux pendant leur transition à la parentalité.

Critères d'admissibilité :

- Habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario
- Être âgé de 18 ans et plus
- Couples hétérosexuels
- Premier enfant du couple
- Couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse
- Bébé âgé entre 6 et 12 mois
- Couple s'identifiant comme francophone
- Grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme
- Avoir accès à Internet



Votre participation nécessite la complétion de questionnaires en ligne pour une durée d'environ 60 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. À la fin, vous serez également invités à participer à une entrevue optionnelle.
Des cartes-cadeaux d'épicerie seront tirées à la fin de l'étude.

Si cette étude vous intéresse, vous êtes cordialement invités à communiquer par courriel avec la chercheure principale de l'étude :

Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
[redacted]

uOttawa

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples francophones en milieu minoritaire en Ontario

Dans le cadre d'une thèse de doctorat à l'Université d'Ottawa, nous recherchons présentement **100 couples parentaux francophones** de la **région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario**.

Le but de l'étude est d'explorer **l'expérience sexopérinatale** des couples parentaux, soit le **vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse** et **leurs besoins** dans le domaine par rapport aux services de santé.

Cette recherche permettra d'augmenter les connaissances sur le sujet et de faire ultérieurement des recommandations pour mieux orienter les services sexopérinataux auprès des couples parentaux pendant leur transition à la parentalité.

Critères d'admissibilité :

- Habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario
- Être âgé de 18 ans et plus
- Couples hétérosexuels
- Premier enfant du couple
- Couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse
- Bébé âgé entre 6 et 12 mois
- Couple s'identifiant comme francophone
- Grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme
- Avoir accès à Internet



Votre participation nécessite la complétion de questionnaires en ligne pour une durée d'environ 60 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. À la fin, vous serez également invités à participer à une entrevue optionnelle. Des cartes-cadeaux d'épicerie seront tirées à la fin de l'étude.

Si cette étude vous intéresse, vous êtes cordialement invités à communiquer par courriel avec la chercheure principale de l'étude :

Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
[redacted]

uOttawa

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted]

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted]

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted]

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

Collaboration de :
Ottawa Public Health
Research Ethics Board,
Secretariat
100 Constellation Crescent,
7th Floor West
Ottawa, Ontario, K2B 2J1
Oph.ethics@ottawa.ca
Tel: (613) 580-6744,
ext. 23595
Fax (613) 580-9601

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples francophones en milieu minoritaire en Ontario

Dans le cadre d'une thèse de doctorat à l'Université d'Ottawa, nous recherchons présentement **100 couples parentaux francophones** de la **région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario**.

Le but de l'étude est d'explorer **l'expérience sexopérinatale** des couples parentaux, soit le **vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse** et **leurs besoins** par rapport aux services de santé.

Cette recherche permettra d'augmenter les connaissances sur le sujet et de faire ultérieurement des recommandations pour mieux orienter les services sexopérinataux auprès des couples parentaux pendant leur transition à la parentalité.

Critères d'admissibilité :

- Habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario
- Être âgé de 18 ans et plus
- Couples hétérosexuels
- Premier enfant du couple
- Couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse
- Bébé âgé entre 6 et 12 mois
- Couple s'identifiant comme francophone
- Grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme
- Avoir accès à Internet



Votre participation nécessite la complétion de questionnaires en ligne pour une durée d'environ 60 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. À la fin, vous serez également invités à participer à une entrevue optionnelle.
Des cartes-cadeaux d'épicerie seront tirées à la fin de l'étude.

Si cette étude vous intéresse, vous êtes cordialement invités à communiquer par courriel avec la chercheure principale de l'étude :

Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
cdepi090@uottawa.ca / www.facebook.com/sexperifranco

[redacted]

uOttawa

Avec la collaboration de :
Ottawa Public Health / Santé Publique Ottawa
Research Ethics Board, Secretariat
100 Constellation Crescent, 7th Floor West
Ottawa, Ontario, K2B 2J1
Oph.ethics@ottawa.ca
Tel: (613) 580-6744, ext. 23595
Fax (613) 580-9601

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples francophones en milieu minoritaire en Ontario

Dans le cadre d'une thèse de doctorat à l'Université d'Ottawa, nous recherchons présentement **100 couples parentaux francophones** de la **région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario**.

Le but de l'étude est d'explorer **l'expérience sexopérinatale** des couples parentaux, soit le **vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse** et **leurs besoins** dans le domaine par rapport aux services de santé.

Cette recherche permettra d'augmenter les connaissances sur le sujet et de faire ultérieurement des recommandations pour mieux orienter les services sexopérinataux auprès des couples parentaux pendant leur transition à la parentalité.

Critères d'admissibilité :

- Habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario
- Être âgé de 18 ans et plus
- Couples hétérosexuels
- Premier enfant du couple
- Couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse
- Bébé âgé entre 6 et 12 mois
- Couple s'identifiant comme francophone
- Grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme
- Avoir accès à Internet



Votre participation nécessite la complétion de questionnaires en ligne pour une durée d'environ 60 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. À la fin, vous serez également invités à participer à une entrevue optionnelle. Des cartes-cadeaux d'épicerie seront tirées à la fin de l'étude.

Si cette étude vous intéresse, vous êtes cordialement invités à communiquer par courriel avec la chercheure principale de l'étude :

Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
[redacted]

Hôpital Montfort

uOttawa

[redacted] Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted] Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted] Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted] Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted] Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

[redacted] Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples parentaux francophones en Ontario

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples francophones en milieu minoritaire en Ontario

Dans le cadre d'une thèse de doctorat à l'Université d'Ottawa, nous recherchons présentement **100 couples parentaux francophones** de la **région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario**.

Le but de l'étude est d'explorer **l'expérience sexopérinatale** des couples parentaux, soit le **vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse** et **leurs besoins** par rapport aux services de santé.

Cette recherche permettra d'augmenter les connaissances sur le sujet et de faire ultérieurement des recommandations pour mieux orienter les services sexopérinataux auprès des couples parentaux pendant leur transition à la parentalité.

Critères d'admissibilité :

- Habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario
- Être âgé de 18 ans et plus
- Couples hétérosexuels
- Premier enfant du couple
- Couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse
- Bébé âgé entre 6 et 12 mois
- Couple s'identifiant comme francophone
- Grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme
- Avoir accès à Internet



Votre participation nécessite la complétion de questionnaires en ligne pour une durée d'environ 60 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. À la fin, vous serez également invités à participer à une entrevue optionnelle.
Des cartes-cadeaux d'épicerie seront tirées à la fin de l'étude.

Si cette étude vous intéresse, vous êtes cordialement invités à communiquer par courriel avec la chercheure principale de l'étude :

Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
[redacted]

Hôpital Montfort

uOttawa

Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples francophones en milieu minoritaire en Ontario

Dans le cadre d'une thèse de doctorat à l'Université d'Ottawa, nous recherchons présentement **100 couples parentaux francophones** de la **région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario**.

Le but de l'étude est d'explorer **l'expérience sexopérinatale** des couples parentaux, soit le **vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse** et **leurs besoins** par rapport aux services de santé.

Cette recherche permettra d'augmenter les connaissances sur le sujet et de faire ultérieurement des recommandations pour mieux orienter les services sexopérinataux auprès des couples parentaux pendant leur transition à la parentalité.

Critères d'admissibilité :

- Habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario
- Être âgé de 18 ans et plus
- Couples hétérosexuels
- Premier enfant du couple
- Couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse
- Bébé âgé entre 6 et 12 mois
- Couple s'identifiant comme francophone
- Grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme
- Avoir accès à Internet



Votre participation nécessite la complétion de questionnaires en ligne pour une durée d'environ 60 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. À la fin, vous serez également invités à participer à une entrevue optionnelle.
Des cartes-cadeaux d'épicerie seront tirées à la fin de l'étude.

Si cette étude vous intéresse, vous êtes cordialement invités à communiquer par courriel avec la chercheure principale de l'étude :

Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
[redacted]

Hôpital Montfort

uOttawa

ANNEXE 4

Lettres d'information pour sources

OBJET: Demande de collaboration - Projet de recherche de doctorat sur l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en Ontario

Bonjour,

Je m'appelle Catherine de Pierrepont et je suis Sexologue B.A. et M.A. ainsi que présentement Candidate au Doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. Je suis sous la supervision de Viola Polomeno, Inf., Ph.D., professeure agrégée en Sciences Infirmières à l'Université d'Ottawa.

Dans le cadre de ma thèse de doctorat, je recherche présentement 100 couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Le but de mon étude est d'explorer l'expérience sexopérinatale des couples parentaux, soit le vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse et leurs besoins dans le domaine par rapport aux services de santé.

Je vous contacte aujourd'hui, car j'aimerais savoir si vous pourriez m'aider dans mon recrutement.

- J'aimerais savoir si vous accepteriez de transmettre la feuille d'information reliée à ce projet (document ci-joint) à vos collègues/membres.
- J'aimerais pouvoir afficher mon affiche de recrutement dans votre salle d'attente/dans vos locaux et y laisser quelques dépliants sur mon projet pour recruter des participants potentiels.
- … de 3 façons : 1) en me permettant d'afficher mon affiche de recrutement dans vos locaux et y laisser quelques dépliants sur mon projet pour recruter des participants potentiels ; 2) en transmettant mon invitation à vos membres par le biais de vos listes de diffusion ; et 3) si possible, en distribuant directement mes dépliants à votre clientèle.
- … en me permettant de publiciser mon affiche de recrutement dans votre journal.
- … en me permettant d'afficher mon message de recrutement sur votre page internet/Facebook.

Si vous acceptez, je vous ferai parvenir les dits documents le plus rapidement possible.

Dans le cadre de ma recherche, les participants seront invités à remplir des questionnaires en ligne pour une durée d'environ 60 minutes. Les critères d'admissibilité sont les suivants : habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario; être âgé de 18 ans et plus; couples hétérosexuels; premier enfant du couple; couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse; bébé âgé entre 6 et 12 mois; couple s'identifiant comme francophone; grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme; et avoir accès à Internet. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. À la fin du questionnaire, les participant seront aussi invités à participer à une entrevue de couple subséquente optionnelle.

Cette recherche permettra d'augmenter les connaissances sur le sujet et de faire ultérieurement des recommandations pour mieux orienter les services sexopérinataux auprès des couples parentaux pendant leur transition à la parentalité. Considérant que l'intimité et la sexualité sont au cœur des divers bouleversements lors de la transition à la parentalité, promouvoir et maintenir ces dernières chez les couples en période périnatale est essentiel pour favoriser à long terme la santé de la relation de couple, mais aussi celle de la famille, de l'enfant et de la société.

Votre collaboration serait très appréciée pour pouvoir rejoindre le plus de couples possibles et ainsi obtenir des résultats probants permettant ultérieurement davantage de recommandations dans le domaine aux différentes instances publiques oeuvrant dans le domaine.

J'attends donc votre réponse dès que possible.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter.

Je vous remercie d'avance pour votre temps et votre soutien à mon projet de thèse doctorale.

Bonne journée!

Catherine de Pierrepont
Sexologue B.A. et M.A. / Sexologist B.A., M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations / Ph.D. (cand.) in Population Health
Université d'Ottawa / University of Ottawa

OBJET: Request for collaboration for doctoral research project

Hi,

My name is Catherine de Pierrepont. I'm a sexologist (B.A. and M.A) and presently a Ph.D. candidate in Population Health at the University of Ottawa. My thesis supervisor is Viola Polomeno, R.N., Ph.D., Associate Professor at the School of Nursing, University of Ottawa.

In the context of my doctoral thesis project, I am presently recruiting 100 francophones parental couples living in Ottawa and the Eastern Ontario region. The purpose of this research is to explore the parental couples' sexoperinatal experience, that is to say their intimate and sexual real-life history during and after the pregnancy, and their sexoperinatal needs concerning the health care services.

I am contacting you today to ask your help for my recruitement.

- I would like to know if you would distribute my information sheet on the project (attached document) to your colleagues/members.
- …by giving me the opportunity to leave my recruitement flyers and/or posters at the disposition of your clientele.
- …in 3 ways : 1) by giving me the permission to display my recruitement poster and leave a couple of my recruitement flyers in your office ; 2) by transmitting my invitation to members/clients with your web-diffusion lists ; and 3) if possible, by giving out directly my flyers to your clientele.
- … by giving me the opportunity to publicize my recruitment add in your journal.
- … by giving me the opportunity to publish my recruitment add on your internet website/Facebook page.

If you accept, I will send you all the necessary documents as soon as possible.

The participation in my study includes answering an on-line questionnaire for about 60 minutes. Admissibility criterias are as follow : live in the Ottawa or the Eastern Ontario's region ; be 18 years old or older ; heterosexual couple with their first child ; couple living together for minimum 1 year before the pregnancy ; baby's age between 6 and 12 months old ; couple identifying as francophone ; pregnancy and birthing without complication ; and access to Internet. The participation of both member of the couple is necessary. At the end of the questionnaire, the participant will also be invited to an optional interview. Grocery gifts-cards will be drawed at the end of the study.

This research will improve knowledge on sexoperinatal issues and propose recommandations for improving sexoperinatal services adressed to parental couples during their transition to parenthood. Whereas intimacy and sexuality are at the heart of the various changes during the transition to parenthood, promote and maintain the couples's sexual health in the perinatal period is essential to promote the long-term health of the relationship, but also the health of the family, of the children and of society.

Your cooperation would be greatly appreciated in order to reach as many possible couples and obtain meaningful results to ultimately develop recommendations in the area for different public institutions working in the field.

If you have any questions or need more flyers or posters, please do not hesitate to contact me.

Thank you in advance for your time and your support for my doctoral thesis project.

Have a great day!

Catherine de Pierrepont
Sexologue B.A. et M.A. / Sexologist B.A., M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations / Ph.D. (cand.) in Population Health
Université d'Ottawa / University of Ottawa

ANNEXE 5

Courriels pour participants

1) Courriel général de participation

OBJET : Recrutement de participants - Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples francophones en milieu minoritaire en Ontario

Bonjour!

Je m'appelle Catherine de Pierrepont et je suis Sexologue B.A. et M.A. ainsi que présentement Candidate au Doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa. Je suis sous la supervision de Viola Polomeno, Inf., Ph.D., professeure agrégée en Sciences Infirmières à l'Université d'Ottawa.

Dans le cadre de ma thèse de doctorat, je recherche présentement 100 couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario.

Le but de mon étude est d'explorer l'expérience sexopérinatale des couples parentaux, soit le vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse et leurs besoins dans le domaine par rapport aux services de santé. Cette recherche permettra d'augmenter les connaissances sur le sujet et de faire ultérieurement des recommandations pour mieux orienter les services sexopérinataux auprès des couples parentaux pendant leur transition à la parentalité. Considérant que l'intimité et la sexualité sont au cœur des divers bouleversements lors de la transition à la parentalité, promouvoir et maintenir ces dernières chez les couples en période périnatale est essentiel pour favoriser à long terme la santé de la relation de couple, mais aussi celle de la famille, de l'enfant et de la société.

Les participants sont invités à remplir des questionnaires en ligne pour une durée d'environ 60 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. Les critères d'admissibilité sont les suivants :

- habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario;
- être âgé de 18 ans et plus;
- couples hétérosexuels;
- premier enfant du couple;
- couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse;
- bébé âgé entre 6 et 12 mois;
- couple s'identifiant comme francophone;
- grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme;
- avoir accès à Internet.

À la fin du questionnaire, vous serez aussi invités à participer à une entrevue de couple subséquente optionnelle. Des cartes-cadeaux d'épicerie seront tirées à la fin de l'étude.

Si vous répondez à tous ces critères et que vous voulez participer, je vous invite à me contacter directement à l'adresse suivante : XXX. Je transmettrai alors un hyperlien et un numéro de participant différents à chaque membre du couple ; deux adresses courriel différentes (une par partenaire) devront donc m'être transmises dans le courriel.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : XXX

Je vous remercie d'avance de votre intérêt envers mon projet de thèse de doctorat.

Bonne journée!

Catherine de Pierrepont
Sexologue B.A. et M.A. / Sexologist B.A., M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations / Ph.D. (cand.) in Population Health
Université d'Ottawa / University of Ottawa

2) Courriels d'invitation au questionnaire en ligne

OBJET : Participation - Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples francophones en milieu minoritaire en Ontario

Bonjour!

D'abord et avant tout, j'aimerais vous remercier de l'intérêt que vous portez à mon projet de thèse de doctorat sur l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario.

Je vous rappelle que le but de cette étude est d'explorer l'expérience sexopérinatale des couples parentaux, soit le vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse et leurs besoins dans le domaine par rapport aux services de santé. Cette recherche permettra d'augmenter les connaissances sur le sujet et de faire ultérieurement des recommandations pour mieux orienter les services sexopérinataux auprès des couples parentaux pendant leur transition à la parentalité. Considérant que l'intimité et la sexualité sont au cœur des divers bouleversements lors de la transition à la parentalité, promouvoir et maintenir ces dernières chez les couples en période périnatale est essentiel pour favoriser à long terme la santé de la relation de couple, mais aussi celle de la famille, de l'enfant et de la société.

Vous êtes invitée à remplir des questionnaires en ligne pour une durée d'environ 60 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. Les critères d'admissibilité sont les suivants :

- habiter dans la région d'Ottawa ou dans l'Est de l'Ontario;
- être âgé de 18 ans et plus;
- couple hétérosexuel;
- premier enfant du couple;
- couple vivant ensemble depuis 1 an avant la grossesse;
- bébé âgé entre 6 et 12 mois;
- couple s'identifiant comme francophone;
- grossesse et accouchement sans complication et bébé né à terme;
- avoir accès à Internet.

À la fin du questionnaire, vous serez aussi invitée à participer à une entrevue de couple subséquente optionnelle. Des cartes-cadeaux d'épicerie seront tirées à la fin de l'étude.

Si vous répondez à tous ces critères et que vous voulez participer, je vous invite à cliquer sur l'hyperlien suivant pour lire et accepter les conditions soulevées par la lettre d'information et le formulaire de consentement présents au début des questionnaires : http://www…

Après avoir lu et accepté le consentement, il vous suffira d'entrer votre numéro de participant : XXX-X. Chaque membre du couple recevra un numéro de participant et un hyperlien différent et seules les chercheuses pourront associer les deux questionnaires complétés du couple lors des analyses en pairant les numéros de participant.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter en tout temps à l'adresse suivante : XXX

Je vous remercie encore une fois de votre intérêt et de votre participation à mon projet de thèse de doctorat.

Bonne journée!

Catherine de Pierrepont
Sexologue B.A. et M.A. / Sexologist B.A., M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations / Ph.D. (cand.) in Population Health
Université d'Ottawa / University of Ottawa

OBJET : Participation - Étude sur l'intimité et la sexualité périnatale des couples francophones en milieu minoritaire en Ontario

Bonjour!

D'abord et avant tout, j'aimerais vous remercier de l'intérêt que vous portez à mon projet de thèse de doctorat sur l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario.

La complétion du questionnaire prend environ 60 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire. Chaque membre du couple reçoit un numéro de participant et un hyperlien différent et seules les chercheuses pourront associer les deux questionnaires complétés du couple lors des analyses en pairant les numéros de participant.

Je vous invite donc à cliquer sur l'hyperlien suivant pour accéder au questionnaire en ligne : XXX.

Votre numéro de participant, à rentrer à la page 4, est le suivant : XXX-X.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante : XXX

Je vous remercie encore une fois de votre intérêt et de votre participation à mon projet de thèse de doctorat.

Bonne journée!

Catherine de Pierrepont
Sexologue B.A. et M.A. / Sexologist B.A., M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations / Ph.D. (cand.) in Population Health
Université d'Ottawa / University of Ottawa

3) Courriels de rappel pour questionnaire en ligne

OBJET : Rappel - Étude sur l'intimité et la sexualité

Bonjour!

Puisque votre questionnaire en ligne concernant l'étude sur l'intimité et la sexualité des couples parentaux francophones n'est toujours pas complété, je me permets de vous faire un rappel pour le compléter.

Si vous l'avez entamé et voulez le finaliser, vous n'avez qu'à cliquer sur votre lien personnalisé envoyé dans le courriel original et cliquer "Continuez" jusqu'à la page où vous étiez rendu(e), puis de le finaliser.

Si vous avez perdu le lien du questionnaire, n'hésitez pas à m'en faire part et je vous en retransmettrai un autre le plus rapidement possible.

Si vous avez décidé de ne plus faire partie de cette étude, veuillez SVP m'en aviser dès que possible pour que je ferme vos questionnaires.

SVP, n'oubliez pas d'indiquer votre numéro de participant à la page 4, dans l'espace prévu à cet effet.

Je vous remercie encore de votre soutien à mon projet de thèse; votre collaboration est des plus appréciées!

Bonne journée!

Catherine de Pierrepont
Sexologue B.A. et M.A. / Sexologist B.A., M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations / Ph.D. (cand.) in Population Health
Université d'Ottawa / University of Ottawa

OBJET : Dernier rappel - Étude sur l’intimité et la sexualité

Bonjour!

Puisque votre questionnaire en ligne concernant l’étude sur l’intimité et la sexualité des couples parentaux francophones n'est toujours pas complété, je me permets de vous faire un dernier rappel pour le compléter.

Si vous l'avez entamé et voulez le finaliser, vous n'avez qu'à cliquer sur votre lien personnalisé envoyé dans le courriel original et cliquer "Continuez" jusqu'à la page où vous étiez rendu(e), puis de le finaliser.

Si vous avez perdu le lien du questionnaire, n'hésitez pas à m'en faire part et je vous en retransmettrai un autre le plus rapidement possible.

Si vous avez décidé de ne plus faire partie de cette étude, veuillez SVP m'en aviser dès que possible pour que je ferme vos questionnaires.

SVP, n'oubliez pas d'indiquer votre numéro de participant à la page 4, dans l'espace prévu à cet effet.

Je vous remercie encore de votre soutien à mon projet de thèse; votre collaboration est des plus appréciées!

Bonne journée!

Catherine de Pierrepont
Sexologue B.A. et M.A. / Sexologist B.A., M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations / Ph.D. (cand.) in Population Health
Université d'Ottawa / University of Ottawa

4) Courriel pour invitation à l'entrevue

OBJET : Participation à une entrevue de couple - Étude sur l'intimité et la sexualité des couples parentaux francophones

Bonjour à vous deux!

D'abord et avant tout, merci encore d'avoir participé à mon questionnaire en ligne ; votre participation fut très appréciée !

J'ai vu que vous aviez tous les deux dit oui à une entrevue de couple complémentaire pour approfondir le sujet.

Je vous propose de planifier une rencontre la semaine prochaine, selon vos disponibilités (jour, soir, fin de semaine). Je propose aussi de me déplacer à votre domicile pour faciliter la logistique de la rencontre. Si vous voulez, nous pouvons aussi réserver une salle privée sur le campus de l'Université d'Ottawa, selon votre préférence.

J'attends donc de vos nouvelles et je vous souhaite une excellente journée !

Catherine de Pierrepont
Sexologue B.A. et M.A. / Sexologist B.A., M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations / Ph.D. (cand.) in Population Health
Université d'Ottawa / University of Ottawa

ANNEXE 6

Questionnaire femme

Sexualité périnatale - FEMME

0%



Bienvenue!

Dans les pages qui suivent, vous trouverez les différents questionnaires reliés à l'étude intitulée "Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario" dans le cadre de mon projet de thèse de doctorat à l'Université d'Ottawa.

À tout moment, vous pouvez quitter le questionnaire et y revenir plus tard. Vous n'avez qu'à cliquer sur "Enregistrer" en bas de la page, puis à fermer votre navigateur. Pour continuer à remplir le questionnaire plus tard, vous n'avez qu'à recliquer l'hyperlien qui vous a été envoyé par courriel et reprendre là où vous étiez rendu en cliquant "Suivant".

Si vous avez des commentaires, n'hésitez pas à en faire part dans l'espace prévu à la fin de chaque page.

Pour commencer, veuillez cliquer sur le bouton "Suivant".

Et merci de votre participation!

Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa



Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

2%

Lettre d'information

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Chercheures principales

- Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A., Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
- Viola Polomeno, Inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa

Invitation à participer

Je suis invitée à participer à l'étude de recherche mentionnée ci-dessus entreprise par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno. La participation des 2 membres du couple est nécessaire.

Mise en contexte et but de l'étude

En matière de sexopérinatalité (étude de l'intimité et de la sexualité des couples lors de la transition à la parentalité, de la conception à 2 ans post-partum), peu d'attention en recherche et en intervention a été portée aux expériences, aux besoins et aux services offerts aux couples parentaux, particulièrement en contexte linguistique minoritaire en Ontario.

L'objectif de cette étude est de faire une évaluation multidimensionnelle de 100 couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario par rapport à leur expérience sexuelle périnatale (vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse) et leurs besoins sexopérinataux.

Participation

En tant que participante, je suis invitée à compléter des questionnaires en ligne une seule fois, pour une durée d'environ 60 minutes. L'accès à Internet est donc nécessaire.
Les questionnaires suivants me sont proposés :

1. Informations générales : 42 items divisés comme suit
   A) Portrait sociodémographique : 17 items
   B) Portrait périnatal : 25 items
2. Échelle d'Ajustement Dyadique : 32 items
3. Échelle de relation intime (ERI) : 15 items en prénatal et 19 items en postnatal
4. Index de la Fonction Sexuelle Féminine : 19 items
5. Sondage sur l'expérience sexopérinatale : 42 items
6. Sondage sur les besoins et services sexopérinataux : 13 items

À la fin des questionnaires, je serai invitée à participer à une entrevue de couple optionelle de 45 minutes dans les prochaines semaines. Cette entrevue auprès de 10 couples volontaires abordera l'experience sexopérinatale du couple ainsi que les besoins et services sexopérinataux. Les couples choisis devront répondre aux mêmes critères d'admissibilité que ceux participant à l'étude.

Risques et bénéfices

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : "Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït)?". Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale) à travers les questions, mais je peux toujours choisir de refuser de répondre aux questions qui me dérangent.

En participant à cette étude, je contribue directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

Anonymat et confidentialité

En matière d'anonymat, un numéro de participant me sera attribué à des fins de recherches pour éviter mon identification. Lors des analyses de couple, mon numéro sera pairé avec celui de mon partenaire, mais la liste qui permet ce pairage ne sera qu'accessible aux deux chercheuses principals et sera dépouillée de toute information personnelle (nom, numéro de téléphone et courriel). De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueuillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les questionnaires et toutes les données recueillies seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même mon partenaire n'y aura pas accès).

Les données seront conservées informatiquement pendant 5 ans (du 30 avril 2015 au 30 avril 2020), puis seront détruites.

Droit à l'information et au retrait de l'étude

Ma participation à cette étude est volontaire ; je fais un choix libre et éclairé en décidant d'y participer. Je reste libre de me retirer en tout temps de cette étude, pour n'importe quelle raison, sans aucune conséquence. Si je choisis de me retirer et que certaines de mes données sont déjà transmises, elles seront détruites après avoir contacté les responsables de cette étude.

Contacts et questions à propos de l'étude

Si j'ai des considérations, des questions ou des commentaires, je n'hésiterai pas à contacter, à n'importe quel moment durant le déroulement de l'étude, l'une des deux chercheures principales :

[redacted]

Si j'ai des questions concernant la conduite morale de cette étude, je peux communiquer avec la responsable de déontologie en recherche à l'Université d'Ottawa : en personne au Pavillon Tabaret, rue 550 Cumberland, pièce 154, Ottawa (Ontario) ; par téléphone au 613-562-5397 ; ou par courriel au ethique@uottawa.ca.

Avec la collaboration de :
Ottawa Public Health
Research Ethics Board, Secretariat
100 Constellation Crescent, 7th Floor West
Ottawa, Ontario,
K2B2J1
Oph.ethics@ottawa.ca
Tel: (613) 580-6744, ext. 23595
Fax (613) 580-9601

Nous vous remercions de votre participation.

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

0%

Formulaire de consentement

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Consentement

Je consens à participer à cette étude menée par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno de l'Université d'Ottawa. Les données provenant de cette étude contribueront directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

La collecte des données sera effectuée en seul temps entre 6 et 12 mois post-partum. Essentiellement, ma participation consistera à compléter des questionnaires en ligne. L'accès à Internet est donc nécessaire. La participation des 2 membres du couple est aussi nécessaire.

En matière d'anonymat, un numéro de participant me sera attribué à des fins de recherches pour éviter mon identification. Lors des analyses de couple, mon numéro sera pairé avec celui de mon partenaire, mais la liste qui permet ce pairage ne sera qu'accessible aux deux chercheuses principals et sera dépouillée de toute information personnelle (nom, numéro de téléphone et courriel). De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueuillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les questionnaires et toutes les données recueillies seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même mon partenaire n'y aura pas accès).

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : "Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït)?". Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale), mais je peux ne pas répondre à certaines questions qui me mettent mal à l'aise et je peux aussi me retirer de cette étude à tout moment.

Avec la collaboration de :
Ottawa Public Health
Research Ethics Board, Secretariat
100 Constellation Crescent, 7th Floor West
Ottawa, Ontario,
K2B2J1
Oph.ethics@ottawa.ca
Tel: (613) 580-6744, ext. 23595
Fax (613) 580-9601

J'ai lu attentivement la lettre d'information et ce formulaire et je comprends toute l'information qui y figure.

- ○ Oui

Je consens volontairement à participer à cette étude.

- ○ Oui

*** Veuillez imprimer cette page et la garder dans vos dossiers.

Veuillez ensuite cliquer le bouton "Suivant" pour commencer l'étude.

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

8%

*** Veuillez entrer votre numéro de participant obtenu dans le courriel. (ex. : 001-F)

Écrivez ici

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

A) Portrait sociodémographique

1. Quel âge avez-vous?

- ○ 22 à 27 ans
- ○ 28 à 33 ans
- ○ 34 à 39 ans
- ○ 40 ans et plus

2. a) Êtes-vous née au Canada?

Oui Non

2. b) Si vous avez répondu "Non" à la question précédente :

- Quel est votre pays d'origine ? Écrivez ici
- Depuis combien de temps vivez-vous au Canada ? Écrivez ici

3. Quelle est votre citoyenneté ?

- ○ Citoyenne canadienne
- ○ Résidente permanente
- ○ Immigrante reçue
- ○ Réfugiée
- ○ Visa d'étudiante
- ○ Visa temporaire
- ○ Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici
- ○ Refuse de répondre

4. Quelle est votre origine ethnique/culturelle ?

- ○ Canadienne
- ○ Allemande
- ○ Italienne
- ○ Française
- ○ Anglaise
- ○ Chinoise
- ○ Vietnamienne
- ○ Haïtienne
- ○ Africaine - Veuillez préciser : Écrivez ici
- ○ Origine autochtone - Veuillez préciser : Écrivez ici
- ○ Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici

5. Quel est votre statut civil ?

- ○ Mariée
- ○ Union de fait
- ○ Couple reconstitué marié
- ○ Couple reconstitué en union de fait
- ○ Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici

6. Dans quelle ville habitez-vous?

Écrivez ici

7. a) Vivez-vous avec le père de votre enfant ?

Oui Non

7. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente :

- Depuis combien de temps ? Écrivez ici

8. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété ?

- ○ Primaire
- ○ Secondaire (incluant des études professionnelles)
- ○ Collégial
- ○ Universitaire (baccalauréat)
- ○ Études supérieures (2e cycle, maîtrise, doctorat, post-doctorat)
- ○ Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici

9. Pour la dernière année, à combien estimez-vous le revenu familial total provenant de toutes les sources, avant impôts et déductions (brut) ?

- ○ Moins de 20 000$
- ○ 20 000$ à 39 999$
- ○ 40 000$ à 59 999$
- ○ 60 000$ à 79 999$
- ○ 80 000$ à 99 000$
- ○ 100 000$ et plus
- ○ Je ne sais pas
- ○ Je préfère ne pas répondre

10. À quelle confession religieuse appartenez-vous?

- ○ Catholique romaine
- ○ Protestante – Veuillez préciser : Écrivez ici
- ○ Chrétienne orthodoxe
- ○ Musulmane
- ○ Juive
- ○ Bouddhiste
- ○ Hindoue
- ○ Sikh
- ○ Aucune religion
- ○ Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici
- ○ Je préfère ne pas répondre

11. Quelle(s) langue(s) comprenez-vous ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Français
- [ ] Anglais
- [ ] Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

12. Quelle est votre langue maternelle ?

- ○ Français
- ○ Anglais
- ○ Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

13. Quelle langue parlez-vous le plus souvent au travail ou à l'extérieur de la maison ?

- ○ Français
- ○ Anglais
- ○ Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

14. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison ?

- ○ Français
- ○ Anglais
- ○ Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

15. Dans quelle langue préférez-vous recevoir des services de santé ?

- Français
- Anglais
- Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

16. Quelle langue utilisez-vous pour recevoir des services de santé ?

- Français
- Anglais
- Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

17. À quel groupe linguistique vous identifiez-vous ?

- Francophone
- Anglophone
- Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

10%

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES (SUITE)

*** Rappel : Dans tous les questionnaires ici présents, la période postnatale fait référence aux 6 premiers mois après l'accouchement. ***

B) Portrait périnatal

1. a) Avez-vous eu recours à des médicaments stimulateurs de la fertilité ou à des traitements d'infertilité pour cette grossesse ?

Oui Non

1. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente :

- Précisez lesquels : Écrivez ici

2. Était-ce une grossesse planifiée ?

Oui Non

3. Était-ce une grossesse désirée ?

Oui Non

4. Vous avez accouché à :

- L'hôpital
- La maison

5. Avec qui avez-vous accouché ?

- ○ Docteur/gynécologue
- ○ Sage-femme

6. Avez-vous eu recours à une anesthésie (péridurale) lors de l'accouchement ?

Oui Non

7. Qui était présent à l'accouchement ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- ☐ Votre conjoint
- ☐ Des membres de votre entourage
- ☐ Vos enfants
- ☐ Accompagnante (une doula)

* Si vous avez allaité ou allaitez encore, veuillez répondre aux sous-questions #8.
* Si vous n'avez pas allaité, passez à la question #9.

8. a) Allaitez ou allaitiez-vous :

- ○ Au sein
- ○ Au biberon

8. b) Si vous allaitez ou allaitiez au sein, était-ce un allaitement :

- ○ Exclusif (sein uniquement)
- ○ Mixte (sein et préparation lactée)

8. c) Si vous allaitez encore au sein, jusqu'à quand prévoyez-vous le faire?

Écrivez ici

8. d) Si vous n'allaitez plus, votre enfant avait quel âge quand vous avez cessé?

Écrivez ici

9. Votre accouchement a eu lieu à combien de semaines de grossesse ?

Écrivez ici

10. Combien d'heure(s) a duré le travail et l'accouchement (de la première contraction jusqu' à la sortie du bébé)?

Écrivez ici

11. Aviez-vous une situation particulière de grossesse ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Aucune
- [ ] Diabète gestationnel
- [ ] Streptocoque B
- [ ] Gestation multiple
- [ ] Placenta prævia
- [ ] Hypertension
- [ ] Travail prématuré
- [ ] Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici

12. Avez-vous vécu une situation particulière pendant le travail ou l'accouchement ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Aucune
- [ ] Fièvre
- [ ] Présentation par le siège
- [ ] Présentation par l'épaule
- [ ] Rétention du placenta
- [ ] Arrêt de travail
- [ ] Décollement du placenta
- [ ] Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici

13. Quel type d'accouchement avez-vous vécu ?

- ( ) Vaginal spontané
- ( ) Vaginal avec ventouse
- ( ) Vaginal avec forceps
- ( ) Césarienne planifiée
- ( ) Césarienne non planifiée (d'urgence)

14. a) Avez-vous subi une épisiotomie?

Oui Non

14. b) Avez-vous subi des lacérations et/ou des déchirures?

Oui Non

14. c) Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente, à quel degré étaient les lacérations/déchirures?

- 1er degré
- 2e degré
- 3e degré
- 4e degré

15. Quels sont la date et l'heure de la naissance de votre enfant ?

Écrivez ici

16. Présentement, quel âge a votre enfant?

Écrivez ici

17. Avez-vous eu :

- Un garçon
- Une fille
- Des jumeaux

18. Quel était le poids de votre bébé à la naissance ?

Écrivez ici

19. Quelle est la durée totale de votre séjour à l'hôpital ?

Écrivez ici

20. a) Pendant la grossesse, avez-vous travaillé ?

Oui Non

20. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 20 a) :

- Avez-vous travaillé à temps partiel ou à temps plein? Écrivez ici
- À quel moment avez-vous arrêté de travailler? Écrivez ici

21. a) Depuis l'accouchement, avez-vous recommencé à travailler ?

Oui Non

21. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 21 a) :

- Travaillez-vous à temps partiel ou à temps plein? Écrivez ici
- À quel moment avez-vous repris? Écrivez ici

22. Au total, à combien de temps estimez-vous votre congé de maternité ?

Écrivez ici

23. Avez-vous souffert de dépression post-partum?

Oui Non

24. Quelle a été votre perception de votre santé physique?

	Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

25. Quelle a été votre perception de votre santé mentale?

	Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

13%

2. ÉCHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

La plupart des couples vivent des désaccords. Veuillez indiquer le degré approximatif d'accord ou de désaccord entre vous et votre partenaire dans les domaines suivants selon le moment indiqué.

1. Le budget familial

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

2. Les loisirs

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

3. La religion

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

4. Les marques d'affection

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)						
Après la grossesse (postnatal)						

5. Les amis

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)						
Après la grossesse (postnatal)						

6. Les relations sexuelles

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)						
Après la grossesse (postnatal)						

7. Les conventions sociales

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)						
Après la grossesse (postnatal)						

8. La philosophie de vie

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)						
Après la grossesse (postnatal)						

9. Les façons d'agir avec les parents ou les beaux-parents

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)						
Après la grossesse (postnatal)						

10. Les objectifs, les buts et ce que l'on trouve important dans la vie

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)						
Après la grossesse (postnatal)						

11. La quantité de temps passé ensemble

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)						
Après la grossesse (postnatal)						

12. Les prises de décision importantes

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)						
Après la grossesse (postnatal)						

13. Les tâches ménagères

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)						
Après la grossesse (postnatal)						

14. Les intérêts et les activités pendant les temps libres

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

15. Les décisions à propos du travail

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

16. À quelle fréquence avez-vous discuté ou avez-vous pensé au divorce, à la séparation ou à terminer votre relation?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

17. À quelle fréquence vous ou votre partenaire quittez-vous la maison après une dispute?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

18. En général, à quelle fréquence pensez-vous que ça va bien entre vous et votre partenaire?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

19. Vous confiez-vous à votre partenaire?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

20. Vous arrive-t-il de regretter de vous être mariée (ou de vivre ensemble)?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

21. À quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

22. À quelle fréquence vous et votre partenaire vous "tapez-vous sur les nerfs"?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

23. Embrassez-vous votre partenaire?

	À chaque jour	Presqu'à chaque jour	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

24. Avez-vous des intérêts communs à l'extérieur de la maison ?

	Tous	Presque tous	Quelques-uns	Très peu	Aucun
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

D'après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple ?

25. Avoir un échange d'idées stimulant

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

26. Rire ensemble

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

27. Discuter calmement

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

28. Travailler ensemble à un projet

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

Pour les deux situations qui suivent, indiquez si, oui ou non, ces items ont causé des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation.

29. Être trop fatiguée pour avoir des relations sexuelles

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

30. Ne pas manifester d'affection

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

31. Les choix présentés représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le choix central "heureux" représente le degré de bonheur que l'on retrouve dans la plupart des relations. Veuillez indiquer le choix qui décrit le mieux le degré de bonheur que vous ressentiez en général dans votre relation selon le moment indiqué.

	Extrêmement malheureux	Passablement malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○	○

32.a) Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentiez en rapport avec l'avenir de votre relation pendant la grossesse (prénatal) (s.v.p. choisir un seul énoncé):

- Je veux désespérément que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour cela.
- Ce serait bien si ma relation réussissait et je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- Ce serait bien si ma relation réussissait, mais je refuse de faire plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux plus rien y faire.

32.b) Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentiez en rapport avec l'avenir de votre relation après la grossesse (postnatal) (s.v.p. choisir un seul énoncé):

- Je veux désespérément que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour cela.
- Ce serait bien si ma relation réussissait et je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- Ce serait bien si ma relation réussissait, mais je refuse de faire plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux plus rien y faire.

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

16%

3. ÉCHELLE DE RELATION INTIME

De nombreux couples rencontrent des changements dans leurs façons d'avoir des rapports sexuels, ceci dès le début de la grossesse jusqu'après la naissance du bébé. Nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir partager avec nous quelques un de ces changements ayant eu ou n'ayant pas eu lieu, selon le moment indiqué. Veuillez cocher la réponse qui convient le mieux.

1. La fréquence des relations sexuelles avec mon partenaire est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

2. Mes sensations de fatigue interfèrent avec nos relations sexuelles.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

3. Mon partenaire et moi trouvons le temps d'avoir des conversations tranquilles.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

4. Je tire satisfaction de nos relations sexuelles.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

5. Mon désir de toucher et de prendre mon partenaire dans mes bras est satisfaisant.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

6. Mon partenaire initie l'activité sexuelle conduisant à des rapports.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

7. Mes sentiments de satisfaction sexuelle sont :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

8. Mon sentiment de proximité avec mon partenaire est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

9. Mon désir d'être tenue, touchée et caressée par mon partenaire est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

10. Mon désir pour les rapports sexuels est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

11. Mon confort en parlant de sexe avec mon partenaire, est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

12. J'initie l'activité sexuelle conduisant à des rapports.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

13. Mon expérience de l'inconfort physique pendant les rapports sexuels a été :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

14. Ma force physique est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

15. Mon sentiment de satisfaction avec mon apparence corporelle est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

* Les questions qui suivent ne concernent que la période postnatale (après la grossesse).

16. Votre enfant dort-il dans votre chambre?

Oui Non

17. Je crains que nos ébats amoureux ne réveillent le bébé.

- ○ Pas du tout
- ○ Rarement
- ○ Occasionnellement
- ○ La plupart du temps
- ○ Tout le temps

18. En faisant appel à votre mémoire, combien de temps après la naissance du bébé avez-vous repris les rapports sexuels avec votre partenaire ? SVP veuillez l'indiquer en nombre de semaines.

Écrivez ici

19. Dans quelle mesure étiez-vous satisfaite ?

- Très satisfaite
- Satisfaite
- Relativement satisfaite
- Insatisfaite
- Très insatisfaite

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

18%

4. INDEX DE LA FONCTION SEXUELLE FÉMININE

Ces questions concernent votre sexualité, tant vos sensations que vos réponses à la stimulation sexuelle. Répondez-y aussi honnêtement et clairement que possible. Vos réponses resteront confidentielles. Cochez une seule case par moment indiqué.
Pour répondre à ces questions, tenez compte des définitions suivantes :

- Activité sexuelle : Peut inclure les caresses, les préliminaires, la masturbation et le rapport sexuel vaginal
- Rapport sexuel : Il est défini par la pénétration du pénis dans le vagin.
- Stimulation sexuelle : Il s'agit des situations qui provoquent habituellement une excitation sexuelle, comme les préliminaires avec un partenaire, l'auto-stimulation (masturbation) ou les fantasmes sexuels.

→ Désir ou intérêt sexuel : Il correspond au fait de souhaiter avoir une expérience/activité sexuelle, de se sentir réceptive à un comportement d'initiation sexuelle par un partenaire, et/ou de penser à la sexualité, ou de fantasmer à son propos.

1. À quelle fréquence avez-vous ressenti un désir ou un intérêt sexuel ?

	Presque tout le temps ou tout le temps	La plupart du temps (plus que la moitié du temps)	Quelquefois (environ la moitié du temps)	Rarement (moins que la moitié du temps)	Presque jamais ou jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

2. Comment estimeriez-vous le degré de votre désir ou de votre intérêt sexuel ?

	Très important	Important	Modéré	Faible	Très faible ou nul
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

→ L'excitation sexuelle inclut à la fois des phénomènes physiques et des phénomènes mentaux. Ceci peut inclure des sensations de chaleur ou de picotement dans les organes génitaux, une sensation de lubrification (d'être mouillée) ou des contractions musculaires.

3. À quelle fréquence vous êtes-vous sentie excitée sexuellement au cours d'une activité sexuelle ou d'un rapport sexuel ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Presque tout le temps ou tout le temps	La plupart du temps (plus que la moitié du temps)	Quelquefois (environ la moitié du temps)	Rarement (moins que la moitié du temps)	Presque jamais ou jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

4. Comment évalueriez-vous l'intensité de votre excitation sexuelle pendant une activité sexuelle ou un rapport ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Très importante	Importante	Modérée	Faible	Très faible ou nulle
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

5. À quel point étiez-vous sûre du fait que vous alliez être excitée sexuellement pendant une activité sexuelle ou un rapport ?

	Je n'ai peu eu d'activité sexuelle	Très sûre	Sûre	Moyennement sûre	Pas très sûre	Pas sûre du tout
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

6. À quelle fréquence avez-vous été satisfaite de votre excitation sexuelle durant une activité sexuelle ou un rapport ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Presque tout le temps ou tout le temps	La plupart du temps (plus que la moitié du temps)	Quelquefois (environ la moitié du temps)	Rarement (moins que la moitié du temps)	Presque jamais ou jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

7. À quelle fréquence avez-vous été lubrifiée (« mouillée ») durant une activité sexuelle ou un rapport ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Presque tout le temps ou tout le temps	La plupart du temps (plus que la moitié du temps)	Quelquefois (environ la moitié du temps)	Rarement (moins que la moitié du temps)	Presque jamais ou jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

8. À quel point vous a-t-il été difficile de lubrifier (« mouiller ») durant une activité sexuelle ou un rapport?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Extrêmement difficile ou impossible	Très difficile	Difficile	Un peu difficile	Pas difficile
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

9. À quelle fréquence avez-vous pu rester lubrifiée (« mouillée ») jusqu'à la fin de l'activité sexuelle ou du rapport ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Presque tout le temps ou tout le temps	La plupart du temps (plus que la moitié du temps)	Quelquefois (environ la moitié du temps)	Rarement (moins que la moitié du temps)	Presque jamais ou jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

10. À quel point vous a-t-il été difficile de rester lubrifiée (« mouillée ») jusqu'à la fin de l'activité sexuelle ou du rapport ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Extrêmement difficile ou impossible	Très difficile	Difficile	Un peu difficile	Pas difficile
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

11. Lorsque vous avez eu une stimulation sexuelle ou un rapport, à quelle fréquence avez-vous pu atteindre l'orgasme (« jouissance ») ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Presque tout le temps ou tout le temps	La plupart du temps (plus que la moitié du temps)	Quelquefois (environ la moitié du temps)	Rarement (moins que la moitié du temps)	Presque jamais ou jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

12. Lorsque vous avez eu une stimulation sexuelle ou un rapport, à quel point vous a-t-il été difficile d'atteindre l'orgasme (« jouissance ») ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Extrêmement difficile ou impossible	Très difficile	Difficile	Un peu difficile	Pas difficile
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

13. Quel a été votre degré de satisfaction de votre capacité à atteindre l'orgasme («jouissance ») pendant l'activité sexuelle ou le rapport ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Très satisfaite	Modérément satisfaite	A peu près autant satisfaite que non satisfaite	Modérément insatisfaite	Très insatisfaite
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

14. Quel a été votre degré de satisfaction en ce qui concerne le degré de communication émotionnelle pendant l'activité sexuelle entre vous-même et votre partenaire ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Très satisfaite	Modérément satisfaite	A peu près autant satisfaite que non satisfaite	Modérément insatisfaite	Très insatisfaite
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

15. À quel degré avez-vous été satisfaite de votre relation sexuelle avec votre partenaire ?

	Très satisfaite	Modérément satisfaite	A peu près autant satisfaite que non satisfaite	Modérément insatisfaite	Très insatisfaite
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

16. À quel point avez-vous été satisfaite de votre vie sexuelle dans son ensemble ?

	Très satisfaite	Modérément satisfaite	A peu près autant satisfaite que non satisfaite	Modérément insatisfaite	Très insatisfaite
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

17. À quelle fréquence avez-vous ressenti des sensations désagréables ou des douleurs pendant la pénétration vaginale ?

	Je n'ai pas essayé d'avoir un rapport sexuel	Presque tout le temps ou tout le temps	La plupart du temps (plus que la moitié du temps)	Quelquefois (environ la moitié du temps)	Rarement (moins que la moitié du temps)	Presque jamais ou jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

18. À quel point avez-vous ressenti des sensations désagréables ou des douleurs après la pénétration vaginale ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Presque tout le temps ou tout le temps	La plupart du temps (plus que la moitié du temps)	Quelquefois (environ la moitié du temps)	Rarement (moins que la moitié du temps)	Presque jamais ou jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

19. Comment évalueriez-vous l'intensité des sensations désagréables ou des douleurs pendant ou après la pénétration vaginale ?

	Je n'ai pas eu d'activité sexuelle	Très importante	Importante	Modérée	Faible	Très faible ou nulle
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

21%

5. SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE SEXOPÉRINATALE

1. a) Croyez-vous que les activités sexuelles peuvent continuer … ?

	Oui	Non
Pendant la grossessse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

1. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 1.a), veuillez indiquer pourquoi :

Pendant la grossesse (prénatal) Écrivez ici

Après la grossesse (postnatal) Écrivez ici

2. a) Parmi la liste suivante des peurs ou des inquiétudes envers la sexualité, laquelle ou lesquelles ont influencé votre sexualité pendant la grossesse (prénatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- ☐ Peur de faire une fausse-couche
- ☐ Peur de développer une infection
- ☐ Peur de faire mal au bébé
- ☐ Peur de provoquer des saignements
- ☐ Peur de déclencher le travail prématurément
- ☐ Peur de la rupture prématurée des membranes
- ☐ Peur de la douleur/peur d'avoir mal
- ☐ Aucune peur
- ☐ Autre - Veuillez spécifier : Écrivez ici

2. b) Parmi la liste suivante des peurs ou des inquiétudes envers la sexualité, laquelle ou lesquelles ont influencé votre sexualité après la grossesse (postnatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Peur de développer une infection
- [ ] Peur de provoquer des saignements
- [ ] Peur de la douleur/peur d'avoir mal
- [ ] Peur de perturber le sommeil de bébé
- [ ] Peur de sacrifier des heures de sommeil
- [ ] Peur de déchirer les points de suture
- [ ] Peur de devenir enceinte de nouveau
- [ ] Aucune peur
- [ ] Autre - Veuillez spécifier : Écrivez ici

3. Y a-t-il eu un changement dans votre satisfaction conjugale ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

4. Y a-t-il eu un changement dans l'importance que vous accordez à la sexualité ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

5. Y a-t-il eu un changement dans la tendresse et la sensualité que vous avez exprimées à votre partenaire ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

6. Y a-t-il eu un changement dans la tendresse et la sensualité que votre partenaire vous a exprimées?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

7. Y a-t-il eu un changement dans les baisers (embrasser) et les caresses/câlins que vous avez échangés?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

8. Vous êtes-vous sentie … ?

	Beaucoup plus attirante/désirable	Légèrement plus attirante/désirable	Légèrement moins attirante/désirable	Beaucoup moins attirante/désirable	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

9. Avez-vous ressenti que votre partenaire était … ?

	Beaucoup plus attirant/désirable	Légèrement plus attirant/désirable	Légèrement moins attirant/désirable	Beaucoup moins attirant/désirable	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

10. a) Y a-t-il eu un changement dans votre perception de vos seins ?

	Oui	Non
Pendant la grossessse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

10. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 10.a), comment votre perception a changé :

	Seins plus érotiques	Seins moins érotiques
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

11. Y a-t-il eu un changement dans l'intensité de l'orgasme ressenti?

	Oui, beaucoup plus intense	Oui, légèrement plus intense	Oui, légèrement moins intense	Oui, beaucoup moins intense	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

12. Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

13. Y a-t-il eu un changement dans le sexe oral que votre partenaire vous a fait (cunnilingus) ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

14. Y a-t-il eu un changement dans le sexe oral que vous avez fait à partenaire (fellation) ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

15. Y a-t-il eu un changement dans votre masturbation personnelle (moment où vous vous êtes masturbée par vous-même)?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse						
3-6 mois de grossesse						
6-9 mois de grossesse						
Après la grossesse (postnatal)						

16. Y a-t-il eu un changement dans la masturbation de votre partenaire (moment où il s'est masturbé par lui-même)?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse						
3-6 mois de grossesse						
6-9 mois de grossesse						
Après la grossesse (postnatal)						

17. Y a-t-il eu un changement dans la masturbation que vous faites à votre partenaire (moment où vous avez masturbé votre partenaire)?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse						
3-6 mois de grossesse						
6-9 mois de grossesse						
Après la grossesse (postnatal)						

18. Y a-t-il eu un changement dans la masturbation que votre partenaire vous a faite (moment où votre partenaire vous a masturbée) ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

19. Y a-t-il eu un changement dans votre masturbation mutuelle (moment où vous vous êtes simultanément masturbés l'un et l'autre)?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

20. Y a-t-il eu un changement dans la pénétration anale ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

21. Y a-t-il eu un changement dans l'utilisation de jouets sexuels ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

22. A-t-il été difficile de trouver des positions sexuelles confortables ?

	Oui, grande difficulté	Oui, légère difficulté	Non
0-3 mois de grossesse	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○

*** Pour les deux (2) questions suivantes, veuillez vous référer aux images suivantes :

1 - Face-à-face, les deux allongés, homme sur le dessus



2 - Face-à-face, homme allongé ou assis, femme assise sur le dessus



3 - En cuillère (ventre à dos), homme à genoux ou debout derrière femme, femme à quatre pattes



4 - En cuillère (ventre à dos), les deux debout, femme appuyée et penchée vers l'avant



5 - En cuillère (ventre à dos), homme allongé ou assis, femme sur le dessus



6 - En cuillère (ventre à dos), femme allongée, homme sur le dessus



7 - Côte-à-côte, en cuillère (ventre à dos), les deux allongés



23. a) Quelles positions sexuelles, parmi les suivantes, ont été adoptées pendant la grossesse (prénatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] 1 - Face-à-face, les deux allongés, homme sur le dessus
- [ ] 2 - Face-à-face, homme allongé ou assis, femme assise sur le dessus
- [ ] 3 - En cuillère (ventre à dos), homme à genoux ou debout derrière femme, femme à quatre pattes
- [ ] 4 - En cuillère (ventre à dos), les deux debout, femme appuyée et penchée vers l'avant
- [ ] 5 - En cuillère (ventre à dos), homme allongé ou assis, femme sur le dessus
- [ ] 6 - En cuillère (ventre à dos), femme allongée, homme sur le dessus
- [ ] 7 - Côte-à-côte, en cuillère (ventre à dos), les deux allongés
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

23. b) Quelles positions sexuelles, parmi les suivantes, ont été adoptées après la grossesse (postnatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] 1 - Face-à-face, les deux allongés, homme sur le dessus
- [ ] 2 - Face-à-face, homme allongé ou assis, femme assise sur le dessus
- [ ] 3 - En cuillère (ventre à dos), homme à genoux ou debout derrière femme, femme à quatre pattes
- [ ] 4 - En cuillère (ventre à dos), les deux debout, femme appuyée et penchée vers l'avant
- [ ] 5 - En cuillère (ventre à dos), homme allongé ou assis, femme sur le dessus
- [ ] 6 - En cuillère (ventre à dos), femme allongée, homme sur le dessus
- [ ] 7 - Côte-à-côte, en cuillère (ventre à dos), les deux allongés
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

24. Avez-vous eu … ?

	Beaucoup plus de rêves érotiques	Légèrement plus de rêves érotiques	Légèrement moins de rêves érotiques	Beaucoup moins de rêves érotiques	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

25. Avez-vous pensé à être infidèle?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

26. Avez-vous été infidèle?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

27. Avez-vous eu peur que votre partenaire soit infidèle ?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

28. Votre partenaire a-t-il été infidèle ?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

29. a) Pendant la grossesse (prénatal), y a-t-il eu un changement dans la quantité de vos sécrétions vaginales ?

- ○ Oui, grande augmentation
- ○ Oui, légère augmentation
- ○ Oui, légère diminution
- ○ Oui, grande diminution
- ○ Aucun changement

29. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 29. a), avez-vous éprouvé (vous pouvez choisir plus d'une réponse) :

- [ ] De la honte
- [ ] Un malaise
- [ ] Du dégoût
- [ ] De l'indifférence

29. c) Si vous avez répondu "Oui" à la question 29. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ?

Oui Non

30. Le manque de sommeil a-t-il eu un impact négatif sur votre sexualité ?

	Oui	Non	Je n'ai pas manqué de sommeil
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○

31. a) Avez-vous déjà eu des écoulements de lait lors d'une activité sexuelle ?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

31. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 31. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ?

Oui Non

32. Après la grossesse (postnatal), quelle a été votre perception de votre ventre … ?

- ○ Perception très positive
- ○ Perception légèrement positive
- ○ Perception légèrement négative
- ○ Perception très négative
- ○ Indifférence

33. a) Pendant la grossesse (prénatal), avez-vous déjà eu des saignements après une activité sexuelle?

Oui Non

33. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 33. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ?

Oui Non

34. a) Pendant la grossesse (prénatal), avez-vous déjà senti les mouvements du bébé pendant les relations sexuelles ?

Oui Non

34. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 34. a), comment avez-vous réagi?

- ○ Vous avez aimé cela
- ○ Vous avez eu peur
- ○ Vous vous êtes sentie inconfortable
- ○ Autre réaction – Veuillez préciser : Écrivez ici

35. a) Après la grossesse (postnatal), avez-vous vécu une dépression postpartum ?

Oui Non

35. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 35. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ?

Oui Non

36. a) Après la grossesse (postnatal), votre partenaire a-t-il vécu une dépression postpartum ?

Oui Non

36. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 36. a), pensez-vous que cela a-t-il influencé négativement votre sexualité :

Oui Non

37. Y a-t-il eu un changement dans la sensibilité de vos seins ?

	Oui, beaucoup plus sensibles	Oui, légèrement plus sensibles	Oui, légèrement moins sensibles	Oui, beaucoup moins sensibles	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)					
Après la grossesse (postnatal)					

38. a) Y a-t-il eu un changement dans votre perception de votre vagin ?

	Oui	Non
Pendant la grossessse (prénatal)		
Après la grossesse (postnatal)		

38. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 38. a), comment votre perception a changé :

	Vagin plus sensible	Vagin moins sensible
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

39. a) Avez-vous eu des démangeaisons vulvaires ?

	Oui	Non
Pendant la grossessse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

39. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 39.a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

40. a) Pendant la grossesse (prénatal), avez-vous déjà eu des douleurs abdominales après une activité sexuelle?

Oui Non

40. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 40. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ?

Oui Non

41. a) Avez-vous allaité ?

Oui Non

41. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 41. a), l'allaitement a-t-il influencé votre sexualité ?

- Oui, positivement
- Oui, négativement
- Non, aucune influence

42. Après la grossesse, quelle(s) méthode(s) contraceptive(s) avec-vous utilisé(es) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- Méthode MAMA (méthode de l'allaitement et de l'aménorrhée)
- Méthode sympto-thermique (observation de la température)
- Méthode Billings (observation de la glaire cervicale)
- Condom masculin
- Condom féminin
- Diaphragme
- Cape cervicale
- Éponge contraceptive avec spermicide
- Dispositif intra-utérin (stérilet en cuivre)
- Système intra-utérin (Miréna)
- Contraceptif injectable (injections de Depo-Provera)
- Anneau vaginal contraceptif (Nuva Ring)
- Timbre contraceptif (Evra)
- Implants contraceptifs sous-cutanés
- Micro-pilule / mini-pilule
- Contraceptifs oraux combinés (pilule)
- Aucune
- Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

24%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX

1. a) Sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente grand inconfort et 10 un grand confort, veuillez indiquer le chiffre qui correspond à votre degré de confort à parler de sexualité avec un/une professionnel(le) de la santé pendant la période périnatale.

1. b) Veuillez justifier votre réponse.

Écrivez ici

2. a) Avez-vous suivi des cours ou des rencontres prénatales ?

- Oui
- Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

27%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque vous avez suivi des cours ou des rencontres prénatales, veuillez répondre à la question suivante.

3. La sexualité y a-t-elle été abordée ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

29%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité a été abordée lors des cours ou des rencontres prénatales, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Qui a fait les rencontres ?

- ○ Infirmière/infirmier
- ○ Sage-femme
- ○ Accompagnante à la naissance/doula
- ○ Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Était-ce des cours ou des rencontres...

- ○ En privé
- ○ En groupe

3. Qui a initié la discussion sur la sexualité ?

- ○ Vous-même
- ○ Votre partenaire
- ○ Le/la professionnel(le)
- ○ Un autre futur parent

4. Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

5. Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ?

Oui Non

6. Cela vous a-t-il satisfait ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Langue des cours/rencontres

7. a) Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ?

Oui Non

7. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 7 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ?

- Spontanément offert en français
- Demandé

8. a) Les services reçus étaient-ils en français ?

Oui Non

8. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 8. a) :

	Oui	Non
La langue a-t-elle été un obstacle ?		
Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ?		

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

32%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité n'a pas été abordée lors des cours ou des rencontres prénatales, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Manque de temps
- [ ] Manque de connaissances de la part de l'intervenant
- [ ] Manque de formation de la part de l'intervenant
- [ ] Manque d'expérience de la part de l'intervenant
- [ ] Ne fait pas partie des fonctions de l'intervenant
- [ ] Inconfort/gêne de la part de l'intervenant
- [ ] Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou
- [ ] Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant
- [ ] L'intervenant n'a pas initié la discussion
- [ ] La sexualité n'est pas une priorité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. a) Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ?

Oui Non

2. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes?

Écrivez ici

3. Auriez-vous préféré que les services soient en français ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

35%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

2. b) Avez-vous suivi des cours ou des rencontres postnatales ?

- Oui
- Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

37%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque vous avez suivi des cours ou des rencontres postnatales, veuillez répondre à la question suivante.

3. La sexualité y a-t-elle été abordée ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

40%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité a été abordée lors des cours ou des rencontres postnatales, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Qui a fait les rencontres ?

- ○ Infirmière/infirmier
- ○ Sage-femme
- ○ Accompagnante à la naissance/doula
- ○ Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Était-ce des cours ou des rencontres...

- ○ En privé
- ○ En groupe

3. Qui a initié la discussion sur la sexualité ?

- ○ Vous-même
- ○ Votre partenaire
- ○ Le/la professionnel(le)
- ○ Un autre futur parent

4. Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

5. Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ?

Oui Non

6. Cela vous a-t-il satisfait ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Langue des cours/rencontres

7. a) Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ?

Oui Non

7. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 7 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ?

- Spontanément offert en français
- Demandé

8. a) Les services reçus étaient-ils en français ?

Oui Non

8. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 8. a) :

	Oui	Non
La langue a-t-elle été un obstacle ?		
Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ?		

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

43%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité n'a pas été abordée lors des cours ou des rencontres postnatales, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Manque de temps
- [ ] Manque de connaissances de la part de l'intervenant
- [ ] Manque de formation de la part de l'intervenant
- [ ] Manque d'expérience de la part de l'intervenant
- [ ] Ne fait pas partie des fonctions de l'intervenant
- [ ] Inconfort/gêne de la part de l'intervenant
- [ ] Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou
- [ ] Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant
- [ ] L'intervenant n'a pas initié la discussion
- [ ] La sexualité n'est pas une priorité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. a) Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ?

Oui Non

2. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes?

Écrivez ici

3. Auriez-vous préféré que les services soient en français ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

45%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

4. a) Pendant la grossesse (prénatal), dans vos visites médicales de routine avec un professionnel de la santé (médecin, sage-femme), la sexualité a-t-elle été abordée ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Logiciel de formulaire en ligne propulsé par FluidSurveys

Sexualité périnatale - FEMME

48%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité a été abordée lors des suivis médicaux prénataux, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Qui a fait les suivis? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Infirmière/infirmier
- [ ] Médecin/gynécologue
- [ ] Sage-femme
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Qui a initié la discussion sur la sexualité ?

- ○ Vous
- ○ Votre partenaire
- ○ Le/la professionnel(le)

3. Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

4. Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ?

Oui Non

5. Cela vous a-t-il satisfait ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Langue des cours/rencontres

6. a) Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ?

Oui Non

6. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 6 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ?

- Spontanément offert en français
- Demandé

7. a) Les services reçus étaient-ils en français ?

Oui Non

7. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 7. a) :

	Oui	Non
La langue a-t-elle été un obstacle ?		
Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ?		

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

51%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité n'a pas été abordée lors des suivis médicaux prénataux, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Manque de temps
- [ ] Manque de connaissances de la part de l'intervenant
- [ ] Manque de formation de la part de l'intervenant
- [ ] Manque d'expérience de la part de l'intervenant
- [ ] Ne fait pas partie des fonctions de l'intervenant
- [ ] Inconfort/gêne de la part de l'intervenant
- [ ] Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou
- [ ] Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant
- [ ] L'intervenant n'a pas initié la discussion
- [ ] La sexualité n'est pas une priorité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. a) Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ?

Oui Non

2. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes?

Écrivez ici

3. Auriez-vous préféré que les services soient en français ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

54%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

4. b) Après la grossesse (postnatal), dans vos visites médicales de routine avec un professionnel de la santé (médecin, sage-femme), la sexualité a-t-elle été abordée ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour | Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

56%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité a été abordée lors des suivis médicaux postnataux, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Qui a fait les suivis? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Infirmière/infirmier
- [ ] Médecin/gynécologue
- [ ] Sage-femme
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Qui a initié la discussion sur la sexualité ?

- ○ Vous
- ○ Votre partenaire
- ○ Le/la professionnel(le)

3. Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

4. Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ?

Oui Non

5. Cela vous a-t-il satisfait ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Langue des cours/rencontres

6. a) Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ?

Oui Non

6. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 6 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ?

- Spontanément offert en français
- Demandé

7. a) Les services reçus étaient-ils en français ?

Oui Non

7. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 7. a) :

	Oui	Non
La langue a-t-elle été un obstacle ?		
Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ?		

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

59%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité n'a pas été abordée lors des suivis médicaux postnataux, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Manque de temps
- [ ] Manque de connaissances de la part de l'intervenant
- [ ] Manque de formation de la part de l'intervenant
- [ ] Manque d'expérience de la part de l'intervenant
- [ ] Ne fait pas partie des fonctions de l'intervenant
- [ ] Inconfort/gêne de la part de l'intervenant
- [ ] Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou
- [ ] Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant
- [ ] L'intervenant n'a pas initié la discussion
- [ ] La sexualité n'est pas une priorité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. a) Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ?

Oui Non

2. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes?

Écrivez ici

3. Auriez-vous préféré que les services soient en français ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

62%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

5. a) Pendant la grossesse (prénatal), vous êtes-vous renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour | Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

64%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Quelle(s) ressource(s) avez-vous consultée(s) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Articles de revues, magazines et journaux
- [ ] Livre
- [ ] Amis/amies
- [ ] Famille
- [ ] Internet
- [ ] Télévision
- [ ] Radio
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Ces ressources vous ont-elles satisfait ?

- ( ) Très satisfait
- ( ) Satisfait
- ( ) Peu satisfait
- ( ) Pas du tout satisfait

3. a) Était-ce en français ?

Oui Non

3. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 3. a), la langue a-t-elle été un obstacle?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

67%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Pourquoi ne vous êtes-vous pas renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ?

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

70%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

5. b) Après la grossesse (postnatal), vous êtes-vous renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

72%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Quelle(s) ressource(s) avez-vous consultée(s) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Articles de revues, magazines et journaux
- [ ] Livre
- [ ] Amis/amies
- [ ] Famille
- [ ] Internet
- [ ] Télévision
- [ ] Radio
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Ces ressources vous ont-elles satisfait ?

- ( ) Très satisfait
- ( ) Satisfait
- ( ) Peu satisfait
- ( ) Pas du tout satisfait

3. a) Était-ce en français ?

Oui Non

3. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 3. a), la langue a-t-elle été un obstacle?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

75%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Pourquoi ne vous êtes-vous pas renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ?

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

78%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

6. a) La sexualité est-elle importante d'être abordée par un professionnel de la santé pendant la grossesse (prénatal) ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour | Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

81%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque vous considérez que la sexualité est importante à aborder pendant la grossesse, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Quels sont les sujets qui devraient être abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Qui devrait initier la discussion ?

- Vous
- Le/la professionnel(le)

3. Seriez-vous plus à l'aise de parler de sexualité si le/la professionnel(le) initie la discussion sur le sujet ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

83%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Pourquoi considérez-vous que la sexualité n'est pas importante à aborder pendant la grossesse?

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

86%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

6. b) La sexualité est-elle importante d'être abordée par un professionnel de la santé après la grossesse (postnatal) ?

- Oui
- Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

89%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque vous considérez que la sexualité est importante à aborder après la grossesse, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Quels sont les sujets qui devraient être abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Qui devrait initier la discussion ?

- Vous
- Le/la professionnel(le)

3. Seriez-vous plus à l'aise de parler de sexualité si le/la professionnel(le) initie la discussion sur le sujet ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

91%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Pourquoi considérez-vous que la sexualité n'est pas importante à aborder après la grossesse?

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

94%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

7. a) Par rapport à la sexualité pendant la grossesse (prénatal), quel(s) type(s) de besoin avez-vous eu(s) en lien avec les services de santé offerts par les professionnels en santé périnatale ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Besoin d'information et d'éducation
- [ ] Besoin de soutien et de support
- [ ] Besoin structurel (ex : référence pour groupe de futures mamans, référence pour cours prénataux)
- [ ] Besoin instrumental (élément physique; ex : prescription)
- [ ] Aucun
- [ ] Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

7. b) Par rapport à la sexualité après la grossesse (postnatal), quel(s) type(s) de besoin avez-vous eu(s) en lien avec les services de santé offerts par les professionnels en santé périnatale ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Besoin d'information et d'éducation
- [ ] Besoin de soutien et de support
- [ ] Besoin structurel (ex : référence pour groupe de futures mamans, référence pour cours prénataux)
- [ ] Besoin instrumental (élément physique; ex : prescription)
- [ ] Aucun
- [ ] Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

8. Quelle est votre opinion en ce qui concerne le fait de recevoir des services en matière de sexualité ?

	C'est très important	C'est important	C'est peu important	Ce n'est pas du tout important
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○

9. Quelle est votre opinion en ce qui concerne le fait de recevoir des services en matière de sexualité en français ?

	C'est très important	C'est important	C'est peu important	Ce n'est pas du tout important
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○

10. a) En général, avez-vous obtenu les services en matière de sexualité que vous désiriez ?

	Oui	Non	Je n'en ai pas eu besoin
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○

10. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 10. a), quelle était la raison principale pour laquelle vous ne les avez pas obtenus ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- ☐ Pas de professionnels disponibles
- ☐ Manque de services
- ☐ Temps d'attente trop long
- ☐ Autres(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

11. Comment évaluez-vous l'obtention des services en matière de sexualité ?

	Très facile	Facile	Difficile	Très difficile	Impossible
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

12. Comment avez-vous trouvé l'obtention des services pré/postnataux en matière de sexualité en français ?

	Très facile	Facile	Difficile	Très difficile	Impossible
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

13. a) Avez-vous dû vous déplacer davantage qu'à la normale pour obtenir des services périnataux en matière de sexualité ?

- ○ Oui, dans le cadre des cours/rencontres et des suivis
- ○ Oui, mais seulement dans le cadre des cours/rencontres
- ○ Oui, mais seulement dans le cadre des suivis
- ○ Non

13. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 13. a), veuillez répondre aux questions suivantes.

	Oui	Non
Étiez-vous capable de le faire par vous-même ?	○	○
Était-ce facile ?	○	○
Cela a-t-il engendré des coûts financiers de surplus ?	○	○
Cela a-t-il engendré du temps supplémentaire ?	○	○

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - FEMME

97%

Invitation pour l'entrevue de couple

Je voudrais aussi participer à l'entrevue de couple optionnelle.

En répondant oui, je consens volontairement à partager mes coordonnées avec les chercheurs pour qu'ils m'invitent à participer à une entrevue de couple dans les prochaines semaines.

Oui Non

Si oui, veuillez s'il vous plait fournir vos coordonnées :

Nom :	Écrivez ici
Numéro de téléphone :	Écrivez ici
Courriel :	Écrivez ici

Veuillez cliquer sur "Envoyer" pour terminer le questionnaire.

Votre participation a été très appréciée; nous vous en remercions grandement encore une fois !

Retour Soumettre

Sauvegarder le sondage

ANNEXE 7

Questionnaire homme

Sexualité périnatale - HOMME

0%



Bienvenue!

Dans les pages qui suivent, vous trouverez les différents questionnaires reliés à l'étude intitulée "Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario" dans le cadre de mon projet de thèse de doctorat à l'Université d'Ottawa.

À tout moment, vous pouvez quitter le questionnaire et y revenir plus tard. Vous n'avez qu'à cliquer sur "Enregistrer" en bas de la page, puis à fermer votre navigateur. Pour continuer à remplir le questionnaire plus tard, vous n'avez qu'à recliquer l'hyperlien qui vous a été envoyé par courriel et reprendre là où vous étiez rendu en cliquant "Suivant".

Si vous avez des commentaires, n'hésitez pas à en faire part dans l'espace prévu à la fin de chaque page.

Pour commencer, veuillez cliquer sur le bouton "Suivant".

Et merci de votre participation!

Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A.
Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa



Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

2%

Lettre d'information

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Chercheures principales

- Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A., Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
- Viola Polomeno, Inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa

Invitation à participer

Je suis invité à participer à l'étude de recherche mentionnée ci-dessus entreprise par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno. La participation des 2 membres du couple est nécessaire.

Mise en contexte et but de l'étude

En matière de sexopérinatalité (étude de l'intimité et de la sexualité des couples lors de la transition à la parentalité, de la conception à 2 ans post-partum), peu d'attention en recherche et en intervention a été portée aux expériences, aux besoins et aux services offerts aux couples parentaux, particulièrement en contexte linguistique minoritaire en Ontario.

L'objectif de cette étude est de faire une évaluation multidimensionnelle de 100 couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario par rapport à leur expérience sexuelle périnatale (vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse) et leurs besoins sexopérinataux.

Participation

En tant que participant, je suis invité à compléter des questionnaires en ligne une seule fois, pour une durée d'environ 60 minutes. L'accès à Internet est donc nécessaire.
Les questionnaires suivants me sont proposés :

1. Informations générales : 28 items divisés comme suit
   A) Portrait sociodémographique : 17 items
   B) Portrait périnatal : 11 items
2. Échelle d'Ajustement Dyadique : 32 items
3. Échelle de relation intime (ERI) : 15 items en prénatal et 19 items en postnatal
4. Index Bref de la Fonction Sexuelle Masculine : 11 items
5. Sondage sur l'expérience sexopérinatale : 45 items
6. Sondage sur les besoins et services sexopérinataux : 13 items

À la fin des questionnaires, je serai invité à participer à une entrevue de couple optionelle de 45 minutes dans les prochaines semaines. Cette entrevue auprès de 10 couples volontaires abordera l'experience sexopérinatale du couple ainsi que les besoins et services sexopérinataux. Les couples choisis devront répondre aux mêmes critères d'admissibilité que ceux participant à l'étude.

Risques et bénéfices

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : « Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ? »). Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale) à travers les questions, mais je peux toujours choisir de refuser de répondre aux questions qui me dérangent.

En participant à cette étude, je contribue directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

Anonymat et confidentialité

En matière d'anonymat, un numéro de participant me sera attribué à des fins de recherches pour éviter mon identification. Lors des analyses de couple, mon numéro sera pairé avec celui de ma partenaire, mais la liste qui permet ce pairage ne sera qu'accessible aux deux chercheuses principals et sera dépouillée de toute information personnelle (nom, numéro de téléphone et courriel). De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les questionnaires et toutes les données recueillies seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même ma partenaire n'y aura pas accès).

Les données seront conservées informatiquement pendant 5 ans (du 30 avril 2015 au 30 avril 2020), puis seront détruites.

Droit à l'information et au retrait de l'étude

Ma participation à cette étude est volontaire ; je fais un choix libre et éclairé en décidant d'y participer. Je reste libre de me retirer en tout temps de cette étude, pour n'importe quelle raison, sans aucune conséquence. Si je choisis de me retirer et que certaines de mes données sont déjà transmises, elles seront détruites après avoir contacté les responsables de cette étude.

Contacts et questions à propos de l'étude

Si j'ai des considérations, des questions ou des commentaires, je n'hésiterai pas à contacter, à n'importe quel moment durant le déroulement de l'étude, l'une des deux chercheures principales :

- [redacted]
- [redacted]

Si j'ai des questions concernant la conduite morale de cette étude, je peux communiquer avec la responsable de déontologie en recherche à l'Université d'Ottawa : en personne au Pavillon Tabaret, rue 550 Cumberland, pièce 154, Ottawa (Ontario) ; par téléphone au 613-562-5397 ; ou par courriel au ethique@uottawa.ca.

Avec la collaboration de :
Ottawa Public Health
Research Ethics Board, Secretariat
100 Constellation Crescent, 7th Floor West
Ottawa, Ontario,
K2B2J1
Oph.ethics@ottawa.ca
Tel: (613) 580-6744, ext. 23595
Fax (613) 580-9601

Nous vous remercions de votre participation.

Retour | Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

5%

Formulaire de consentement

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Consentement

Je consens à participer à cette étude menée par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno de l'Université d'Ottawa. Les données provenant de cette étude contribueront directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

La collecte des données sera effectuée en seul temps entre 6 et 12 mois post-partum. Essentiellement, ma participation consistera à compléter des questionnaires en ligne. L'accès à Internet est donc nécessaire. La participation des 2 membres du couple est aussi nécessaire.

En matière d'anonymat, un numéro de participant me sera attribué à des fins de recherches pour éviter mon identification. Lors des analyses de couple, mon numéro sera pairé avec celui de ma partenaire, mais la liste qui permet ce pairage ne sera qu'accessible aux deux chercheuses principals et sera dépouillée de toute information personnelle (nom, numéro de téléphone et courriel). De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les questionnaires et toutes les données recueillies seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même ma partenaire n'y aura pas accès).

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : « Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ? »). Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale), mais je peux ne pas répondre à certaines questions qui me mettent mal à l'aise et je peux aussi me retirer de cette étude à tout moment.

Avec la collaboration de :
Ottawa Public Health
Research Ethics Board, Secretariat
100 Constellation Crescent, 7th Floor West
Ottawa, Ontario,
K2B2J1
Oph.ethics@ottawa.ca
Tel: (613) 580-6744, ext. 23595
Fax (613) 580-9601

J'ai lu attentivement la lettre d'information et ce formulaire et je comprends toute l'information qui y figure.

- ○ Oui

Je consens volontairement à participer à cette étude.

- ○ Oui

*** Veuillez imprimer cette page et la garder dans vos dossiers.

Veuillez ensuite cliquer le bouton "Suivant" pour commencer l'étude.

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

8%

*** Veuillez entrer votre numéro de participant obtenu dans le courriel. (ex. : 001-H)

Écrivez ici

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

A) Portrait sociodémographique

1. Quel âge avez-vous?

- 22 à 27 ans
- 28 à 33 ans
- 34 à 39 ans
- 40 ans et plus

2. a) Êtes-vous né au Canada?

Oui Non

2. b) Si vous avez répondu "Non" à la question précédente :

- Quel est votre pays d'origine ? Écrivez ici
- Depuis combien de temps vivez-vous au Canada ? Écrivez ici

3. Quelle est votre citoyenneté ?

- ○ Citoyen canadien
- ○ Résident permanent
- ○ Immigrant reçu
- ○ Réfugié
- ○ Visa d'étudiant
- ○ Visa temporaire
- ○ Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici
- ○ Refuse de répondre

4. Quelle est votre origine ethnique/culturelle ?

- ○ Canadienne
- ○ Allemande
- ○ Italienne
- ○ Française
- ○ Anglaise
- ○ Chinoise
- ○ Vietnamienne
- ○ Haïtienne
- ○ Africaine - Veuillez préciser : Écrivez ici
- ○ Origine autochtone - Veuillez préciser : Écrivez ici
- ○ Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici

5. Quel est votre statut civil ?

- Marié
- Union de fait
- Couple reconstitué marié
- Couple reconstitué en union de fait
- Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici

6. Dans quelle ville habitez-vous?

Écrivez ici

7. a) Vivez-vous avec la mère de votre enfant ?

Oui Non

7. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente :

- Depuis combien de temps ? Écrivez ici

8. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété ?

- Primaire
- Secondaire (incluant des études professionnelles)
- Collégial
- Universitaire (baccalauréat)
- Études supérieures (2e cycle, maîtrise, doctorat, post-doctorat)
- Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici

9. Pour la dernière année, à combien estimez-vous le revenu familial total provenant de toutes les sources, avant impôts et déductions (brut) ?

- ○ Moins de 20 000$
- ○ 20 000$ à 39 999$
- ○ 40 000$ à 59 999$
- ○ 60 000$ à 79 999$
- ○ 80 000$ à 99 000$
- ○ 100 000$ et plus
- ○ Je ne sais pas
- ○ Je préfère ne pas répondre

10. À quelle confession religieuse appartenez-vous?

- ○ Catholique romaine
- ○ Protestante – Veuillez préciser : Écrivez ici
- ○ Chrétienne orthodoxe
- ○ Musulmane
- ○ Juive
- ○ Bouddhiste
- ○ Hindoue
- ○ Sikh
- ○ Aucune religion
- ○ Autre - Veuillez préciser : Écrivez ici
- ○ Je préfère ne pas répondre

11. Quelle(s) langue(s) comprenez-vous ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Français
- [ ] Anglais
- [ ] Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

12. Quelle est votre langue maternelle ?

- ( ) Français
- ( ) Anglais
- ( ) Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

13. Quelle langue parlez-vous le plus souvent au travail ou à l'extérieur de la maison ?

- ( ) Français
- ( ) Anglais
- ( ) Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

14. Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison ?

- ( ) Français
- ( ) Anglais
- ( ) Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

15. Dans quelle langue préférez-vous recevoir des services de santé ?

- Français
- Anglais
- Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

16. Quelle langue utilisez-vous pour recevoir des services de santé ?

- Français
- Anglais
- Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

17. À quel groupe linguistique vous identifiez-vous ?

- Francophone
- Anglophone
- Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

10%

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES (SUITE)

*** Rappel : Dans tous les questionnaires ici présents, la période postnatale fait référence aux 6 premiers mois après l'accouchement. ***

B) Portrait périnatal

1. Était-ce une grossesse planifiée ?

Oui Non

2. Était-ce une grossesse désirée ?

Oui Non

3. Votre conjointe a vécu quel type d'accouchement?

- Vaginal spontané
- Vaginal avec ventouse
- Vaginal avec forceps
- Césarienne planifiée
- Césarienne non planifiée (d'urgence)

4. a) Avez-vous assisté à l'accouchement?

Oui Non

4. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente, veuillez répondre aux deux questions suivantes :

	Oui	Non
Aviez-vous envie d'y assister?	○	○
Vous êtes-vous senti obligé d'y assister?	○	○

5. a) Si votre conjointe allaite ou a allaité, était-ce :

- ○ Au sein
- ○ Au biberon

5. b) Si votre conjointe allaite ou allaitait au sein, était-ce un allaitement :

- ○ Exclusif (sein uniquement)
- ○ Mixte (sein et préparation lactée)

6. a) Pendant la grossesse, avez-vous travaillé ?

Oui Non

6. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 6 a) :

- Avez-vous travaillé à temps partiel ou à temps plein? Écrivez ici
- À quel moment avez-vous arrêté de travailler? Écrivez ici

7. a) Depuis l'accouchement, avez-vous recommencé à travailler ?

Oui Non

7. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 7 a) :

- Travaillez-vous à temps partiel ou à temps plein? Écrivez ici
- À quel moment avez-vous repris? Écrivez ici

8. Au total, à combien de temps estimez-vous votre congé de paternité ?

Écrivez ici

9. Avez-vous souffert de dépression post-partum?

Oui Non

10. Quelle a été votre perception de votre santé physique?

	Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise
Pendant la grossesse (prénatal)					
Après la grossesse (postnatal)					

11. Quelle a été votre perception de votre santé mentale?

	Excellente	Très bonne	Bonne	Passable	Mauvaise
Pendant la grossesse (prénatal)					
Après la grossesse (postnatal)					

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

13%

2. ÉCHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

La plupart des couples vivent des désaccords. Veuillez indiquer le degré approximatif d'accord ou de désaccord entre vous et votre partenaire dans les domaines suivants selon le moment indiqué.

1. Le budget familial

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

2. Les loisirs

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

3. La religion

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

4. Les marques d'affection

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

5. Les amis

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

6. Les relations sexuelles

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

7. Les conventions sociales

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

8. La philosophie de vie

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

9. Les façons d'agir avec les parents ou les beaux-parents

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

10. Les objectifs, les buts et ce que l'on trouve important dans la vie

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

11. La quantité de temps passé ensemble

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

12. Les prises de décision importantes

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

13. Les tâches ménagères

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

14. Les intérêts et les activités pendant les temps libres

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

15. Les décisions à propos du travail

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois en désaccord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

16. À quelle fréquence avez-vous discuté ou avez-vous pensé au divorce, à la séparation ou à terminer votre relation?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

17. À quelle fréquence vous ou votre partenaire quittez-vous la maison après une dispute?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

18. En général, à quelle fréquence pensez-vous que ça va bien entre vous et votre partenaire?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

19. Vous confiez-vous à votre partenaire?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

20. Vous arrive-t-il de regretter de vous être marié (ou de vivre ensemble)?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

21. À quelle fréquence vous disputez-vous avec votre partenaire?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

22. À quelle fréquence vous et votre partenaire vous "tapez-vous sur les nerfs"?

	Toujours	La plupart du temps	Assez souvent	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

23. Embrassez-vous votre partenaire?

	À chaque jour	Presqu'à chaque jour	À l'occasion	Rarement	Jamais
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

24. Avez-vous des intérêts communs à l'extérieur de la maison ?

	Tous	Presque tous	Quelques-uns	Très peu	Aucun
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

D'après vous, quelle est la fréquence des situations suivantes dans votre couple ?

25. Avoir un échange d'idées stimulant

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

26. Rire ensemble

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

27. Discuter calmement

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

28. Travailler ensemble à un projet

	Jamais	Moins d'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus d'une fois par jour
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

Pour les deux situations qui suivent, indiquez si, oui ou non, ces items ont causé des différences d'opinion ou des problèmes dans votre relation.

29. Être trop fatigué pour avoir des relations sexuelles

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

30. Ne pas manifester d'affection

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

31. Les choix présentés représentent différents degrés de bonheur dans votre relation. Le choix central "heureux" représente le degré de bonheur que l'on retrouve dans la plupart des relations. Veuillez indiquer le choix qui décrit le mieux le degré de bonheur que vous ressentiez en général dans votre relation selon le moment indiqué.

	Extrêmement malheureux	Passablement malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○	○

32.a) Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentiez en rapport avec l'avenir de votre relation pendant la grossesse (prénatal) (s.v.p. choisir un seul énoncé):

- Je veux désespérément que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour cela.
- Ce serait bien si ma relation réussissait et je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- Ce serait bien si ma relation réussissait, mais je refuse de faire plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux plus rien y faire.

32.b) Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux ce que vous ressentiez en rapport avec l'avenir de votre relation après la grossesse (postnatal) (s.v.p. choisir un seul énoncé):

- Je veux désespérément que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai tout ce que je peux pour cela.
- Je veux beaucoup que ma relation réussisse et je ferai ma juste part pour cela.
- Ce serait bien si ma relation réussissait et je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- Ce serait bien si ma relation réussissait, mais je refuse de faire plus que ce que je fais actuellement pour cela.
- Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux plus rien y faire.

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

16%

3. ÉCHELLE DE RELATION INTIME

De nombreux couples rencontrent des changements dans leurs façons d'avoir des rapports sexuels, ceci dès le début de la grossesse jusqu'après la naissance du bébé. Nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir partager avec nous quelques un de ces changements ayant eu ou n'ayant pas eu lieu, selon le moment indiqué. Veuillez cocher la réponse qui convient le mieux.

1. La fréquence des relations sexuelles avec ma partenaire est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

2. Mes sensations de fatigue interfèrent avec nos relations sexuelles.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

3. Ma partenaire et moi trouvons le temps d'avoir des conversations tranquilles.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

4. Je tire satisfaction de nos relations sexuelles.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

5. Mon désir de toucher et de prendre ma partenaire dans mes bras est satisfaisant.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

6. Ma partenaire initie l'activité sexuelle conduisant à des rapports.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

7. Mes sentiments de satisfaction sexuelle sont :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

8. Mon sentiment de proximité avec ma partenaire est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

9. Mon désir d'être tenu, touché et caressé par ma partenaire est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

10. Mon désir pour les rapports sexuels est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

11. Mon confort en parlant de sexe avec ma partenaire, est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

12. J'initie l'activité sexuelle conduisant à des rapports.

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

13. Mon expérience de l'inconfort physique pendant les rapports sexuels a été :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

14. Ma force physique est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

15. Mon sentiment de satisfaction avec mon apparence corporelle est :

	Beaucoup moins	Moins	Inchangé	Plus	Beaucoup plus
Pendant ma grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après ma grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

* Les questions qui suivent ne concernent que la période postnatale (après la grossesse).

16. Votre enfant dort-il dans votre chambre?

Oui Non

17. Je crains que nos ébats amoureux ne réveillent le bébé.

- ○ Pas du tout
- ○ Rarement
- ○ Occasionnellement
- ○ La plupart du temps
- ○ Tout le temps

18. En faisant appel à votre mémoire, combien de temps après la naissance du bébé avez-vous repris les rapports sexuels avec votre partenaire ? SVP veuillez l'indiquer en nombre de semaines.

Écrivez ici

19. Dans quelle mesure étiez-vous satisfait ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Relativement satisfait
- Insatisfait
- Très insatisfait

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

18%

4. INDEX BREF DE FONCTION SEXUELLE MASCULINE

Ces questions concernent votre sexualité, tant vos sensations que vos réponses à la stimulation sexuelle. Répondez-y aussi honnêtement et clairement que possible. Vos réponses resteront confidentielles. Cochez une seule case par moment indiqué.
Pour répondre à ces questions, tenez compte des définitions suivantes :

- Rapport sexuel : Il est défini par la pénétration du pénis dans le vagin.
- Stimulation sexuelle : Il s'agit des situations qui provoquent habituellement une excitation sexuelle, comme les préliminaires avec une partenaire, l'auto-stimulation (masturbation) ou les fantasmes sexuels.
- Désir sexuel : sentiment pouvant inclure l'envie d'avoir une expérience sexuelle (masturbation ou rapports sexuels), le fait de penser à des rapports sexuels ou de se sentir frustré en raison d'un manque d'activité sexuelle.

1. Combien y-a-t-il eu de jours au cours desquels vous avez ressenti du désir sexuel ?

	Pas un seul jour	Très peu de jours	Quelques jours	Un grand nombre de jours	Presque tous les jours
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

2. Comment évalueriez-vous le niveau de votre désir sexuel ?

	Nul	Faible	Moyen	Plutôt élevé	Élevé
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

3. Avec quelle fréquence avez-vous eu un début d'érection ou une érection complète lorsque vous étiez stimulé sexuellement d'une façon ou d'une autre ?

	Jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent	Toujours
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

4. Lorsque vous aviez des érections, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment dur pour que vous puissiez avoir des rapports sexuels ?

	Jamais	Parfois	Assez souvent	Souvent	Toujours
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

5. Avez-vous eu des difficultés à avoir une érection ?

	Je n'ai pas eu d'érection	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Peu de difficultés	Aucune difficulté
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

6. Avez-vous eu des difficultés à éjaculer lorsque vous étiez stimulé sexuellement ?

	Je n'ai pas été stimulé sexuellement	Beaucoup de difficultés	Quelques difficultés	Peu de difficultés	Aucune difficulté
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

7. Avez-vous considéré que la quantité de sperme éjaculée constituait un problème pour vous ?

	Je n'ai pas eu d'éjaculation	Ça a été un gros problème	Ça a été un problème moyennement important	Ça a été un problème mineur	Ça n'a pas été un problème du tout
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

8. Avez-vous considéré que le manque de désir sexuel constituait un problème pour vous ?

	Ça a été un gros problème	Ça a été un problème moyennement important	Ça a été un problème peu important	Ça a été un problème mineur	Ça n'a pas été un problème du tout
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

9. Avez-vous considéré que votre capacité à avoir une érection et à rester en érection constituait un problème ?

	Ça a été un gros problème	Ça a été un problème moyennement important	Ça a été un problème peu important	Ça a été un problème mineur	Ça n'a pas été un problème du tout
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

10. Avez-vous considéré que votre éjaculation constituait un problème ?

	Ça a été un gros problème	Ça a été un problème moyennement important	Ça a été un problème peu important	Ça a été un problème mineur	Ça n'a pas été un problème du tout
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

11. Globalement, avez-vous été satisfait de votre vie sexuelle ?

	Tout à fait insatisfait	Plutôt insatisfait	Partagé (ni satisfait, ni insatisfait)	Plutôt satisfait	Tout à fait satisfait
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

21%

5. SONDAGE SUR L'EXPÉRIENCE SEXOPÉRINATALE

1. a) Croyez-vous que les activités sexuelles peuvent continuer … ?

	Oui	Non
Pendant la grossessse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

1. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 1.a), veuillez indiquer pourquoi :

Pendant la grossesse (prénatal) Écrivez ici

Après la grossesse (postnatal) Écrivez ici

2. a) Parmi la liste suivante des peurs ou des inquiétudes envers la sexualité, laquelle ou lesquelles ont influencé votre sexualité pendant la grossesse (prénatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- ☐ Peur de causer une fausse-couche
- ☐ Peur de causer une infection
- ☐ Peur de faire mal au bébé
- ☐ Peur de provoquer des saignements
- ☐ Peur de déclencher le travail prématurément
- ☐ Peur de la rupture prématurée des membranes
- ☐ Peur de faire mal à votre partenaire
- ☐ Aucune peur
- ☐ Autre - Veuillez spécifier : Écrivez ici

2. b) Parmi la liste suivante des peurs ou des inquiétudes envers la sexualité, laquelle ou lesquelles ont influencé votre sexualité après la grossesse (postnatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Peur de causer une infection
- [ ] Peur de provoquer des saignements
- [ ] Peur de faire mal à votre partenaire
- [ ] Peur de perturber le sommeil de bébé
- [ ] Peur de sacrifier des heures de sommeil
- [ ] Peur de déchirer les points de suture
- [ ] Peur que la partenaire devienne enceinte de nouveau
- [ ] Aucune peur
- [ ] Autre - Veuillez spécifier : Écrivez ici

3. Y a-t-il eu un changement dans votre satisfaction conjugale ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

4. Y a-t-il eu un changement dans l'importance que vous accordez à la sexualité ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

5. Y a-t-il eu un changement dans la tendresse et la sensualité que vous avez exprimées à votre partenaire ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

6. Y a-t-il eu un changement dans la tendresse et la sensualité que votre partenaire vous a exprimées?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

7. Y a-t-il eu un changement dans les baisers (embrasser) et les caresses/câlins que vous avez échangés?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

8. Vous êtes-vous senti … ?

	Beaucoup plus attirant/désirable	Légèrement plus attirant/désirable	Légèrement moins attirant/désirable	Beaucoup moins attirant/désirable	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

9. Avez-vous ressenti que votre partenaire était … ?

	Beaucoup plus attirante/désirable	Légèrement plus attirante/désirable	Légèrement moins attirante/désirable	Beaucoup moins attirante/désirable	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

10. a) Y a-t-il eu un changement dans votre perception des seins de votre partenaire ?

	Oui	Non
Pendant la grossessse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

10. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 10.a), comment votre perception a changé :

	Seins plus érotiques	Seins moins érotiques
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

11. Y a-t-il eu un changement dans l'intensité de l'orgasme ressenti?

	Oui, beaucoup plus intense	Oui, légèrement plus intense	Oui, légèrement moins intense	Oui, beaucoup moins intense	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

12. Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

13. Y a-t-il eu un changement dans le sexe oral que vous avez fait à votre partenaire (cunnilingus) ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

14. Y a-t-il eu un changement dans le sexe oral que votre partenaire vous a fait (fellation) ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

15. Y a-t-il eu un changement dans votre masturbation personnelle (moment où vous vous êtes masturbé par vous-même)?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

16. Y a-t-il eu un changement dans la masturbation de votre partenaire (moment où elle s'est masturbée par elle-même)?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

17. Y a-t-il eu un changement dans la masturbation que vous faites à votre partenaire (moment où vous avez masturbé votre partenaire)?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

18. Y a-t-il eu un changement dans la masturbation que votre partenaire vous a faite (moment où votre partenaire vous a masturbé) ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

19. Y a-t-il eu un changement dans votre masturbation mutuelle (moment où vous vous êtes simultanément masturbés l'un et l'autre)?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

20. Y a-t-il eu un changement dans la pénétration anale ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
0-3 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

21. Y a-t-il eu un changement dans l'utilisation de jouets sexuels ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement	Ceci n'est pas une de nos pratiques régulières
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○	○

22. A-t-il été difficile de trouver des positions sexuelles confortables ?

	Oui, grande difficulté	Oui, légère difficulté	Non
0-3 mois de grossesse	○	○	○
3-6 mois de grossesse	○	○	○
6-9 mois de grossesse	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○

*** Pour les deux (2) questions suivantes, veuillez vous référer aux images suivantes :

1 - Face-à-face, les deux allongés, homme sur le dessus



2 - Face-à-face, homme allongé ou assis, femme assise sur le dessus



3 - En cuillère (ventre à dos), homme à genoux ou debout derrière femme, femme à quatre pattes



4 - En cuillère (ventre à dos), les deux debout, femme appuyée et penchée vers l'avant



5 - En cuillère (ventre à dos), homme allongé ou assis, femme sur le dessus



6 - En cuillère (ventre à dos), femme allongée, homme sur le dessus



7 - Côte-à-côte, en cuillère (ventre à dos), les deux allongés



23. a) Quelles positions sexuelles, parmi les suivantes, ont été adoptées pendant la grossesse (prénatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] 1 - Face-à-face, les deux allongés, homme sur le dessus
- [ ] 2 - Face-à-face, homme allongé ou assis, femme assise sur le dessus
- [ ] 3 - En cuillère (ventre à dos), homme à genoux ou debout derrière femme, femme à quatre pattes
- [ ] 4 - En cuillère (ventre à dos), les deux debout, femme appuyée et penchée vers l'avant
- [ ] 5 - En cuillère (ventre à dos), homme allongé ou assis, femme sur le dessus
- [ ] 6 - En cuillère (ventre à dos), femme allongée, homme sur le dessus
- [ ] 7 - Côte-à-côte, en cuillère (ventre à dos), les deux allongés
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

23. b) Quelles positions sexuelles, parmi les suivantes, ont été adoptées après la grossesse (postnatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] 1 - Face-à-face, les deux allongés, homme sur le dessus
- [ ] 2 - Face-à-face, homme allongé ou assis, femme assise sur le dessus
- [ ] 3 - En cuillère (ventre à dos), homme à genoux ou debout derrière femme, femme à quatre pattes
- [ ] 4 - En cuillère (ventre à dos), les deux debout, femme appuyée et penchée vers l'avant
- [ ] 5 - En cuillère (ventre à dos), homme allongé ou assis, femme sur le dessus
- [ ] 6 - En cuillère (ventre à dos), femme allongée, homme sur le dessus
- [ ] 7 - Côte-à-côte, en cuillère (ventre à dos), les deux allongés
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

24. Avez-vous eu … ?

	Beaucoup plus de rêves érotiques	Légèrement plus de rêves érotiques	Légèrement moins de rêves érotiques	Beaucoup moins de rêves érotiques	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

25. Avez-vous pensé à être infidèle?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

26. Avez-vous été infidèle?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

27. Avez-vous eu peur que votre partenaire soit infidèle ?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

28. Votre partenaire a-t-elle été infidèle ?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

29. a) Pendant la grossesse (prénatal), y a-t-il eu un changement dans la quantité des sécrétions vaginales de votre partenaire ?

- ○ Oui, grande augmentation
- ○ Oui, légère augmentation
- ○ Oui, légère diminution
- ○ Oui, grande diminution
- ○ Aucun changement

29. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 29. a), avez-vous éprouvé (vous pouvez choisir plus d'une réponse) :

- [ ] De la honte
- [ ] Un malaise
- [ ] Du dégoût
- [ ] De l'indifférence

29. c) Si vous avez répondu "Oui" à la question 29. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ?

Oui Non

30. Le manque de sommeil a-t-il eu un impact négatif sur votre sexualité ?

	Oui	Non	Je n'ai pas manqué de sommeil
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○

31. a) Votre partenaire a-t-elle déjà eu des écoulements de lait lors d'une activité sexuelle ?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

31. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 31. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ?

Oui Non

32. Après la grossesse (postnatal), quelle a été votre perception du ventre de votre partenaire ?

- ○ Perception très positive
- ○ Perception légèrement positive
- ○ Perception légèrement négative
- ○ Perception très négative
- ○ Indifférence

33. a) Pendant la grossesse (prénatal), votre partenaire a-t-elle déjà eu des saignements après une activité sexuelle?

Oui Non

33. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 33. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ?

Oui Non

34. a) Pendant la grossesse (prénatal), avez-vous déjà senti les mouvements du bébé pendant les relations sexuelles ?

Oui Non

34. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 34. a), comment avez-vous réagi?

- ○ Vous avez aimé cela
- ○ Vous avez eu peur
- ○ Vous vous êtes senti inconfortable
- ○ Autre réaction – Veuillez préciser : Écrivez ici

35. a) Après la grossesse (postnatal), avez-vous vécu une dépression postpartum ?

Oui Non

35. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 35. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ?

Oui Non

36. a) Après la grossesse (postnatal), votre partenaire a-t-elle vécu une dépression postpartum ?

Oui Non

36. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 36. a), pensez-vous que cela a-t-il influencé négativement votre sexualité :

Oui Non

37. a) Pendant la grossesse (prénatal), y a-t-il eu un changement dans le goût des sécrétions vaginales de votre partenaire ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

37. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 37. a), avez-vous ressenti :

- Du plaisir
- Du dédain/du dégoût
- De l'indifférence

38. Pendant la grossesse (prénatal), avez-vous déjà eu l'impression que le bébé regardait votre pénis lors d'une pénétration vaginale ?

Oui Non

39. Pendant la grossesse (prénatal), avez-vous déjà eu l'impression que vous pouviez toucher le bébé avec votre pénis lors d'une pénétration vaginale ?

Oui Non

40. Avez-vous noté un changement dans la sensation du vagin de votre partenaire lors d'une pénétration vaginale ?

	Oui	Non
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○

41. Après la grossesse (postnatal), avez-vous eu l'impression que le vagin de votre partenaire était plus court/moins profond lors de la pénétration vaginale ?

Oui Non

42. Y a-t-il eu un changement dans votre excitation sexuelle ?

	Oui, grande augmentation et/ou prend beaucoup moins de temps	Oui, légère augmentation et/ou prend légèrement moins de temps	Oui, légère diminution et/ou prend légèrement plus de temps	Oui, grande diminution et/ou prend beaucoup plus de temps	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

43. Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de l'orgasme ?

	Oui, grande augmentation	Oui, légère augmentation	Oui, légère diminution	Oui, grande diminution	Aucun changement
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

44. Le fait d'assister à l'accouchement de votre conjointe a-t-il eu un impact sur votre sexualité?

- ○ Oui, impact positif
- ○ Oui, impact négatif
- ○ Non, aucun impact
- ○ Je n'ai pas assisté à l'accouchement

* Veuillez répondre aux questions qui suivent si votre conjointe a allaité.

45. a) L'allaitement a-t-il influencé votre sexualité :

- Oui, positivement
- Oui, négativement
- Non, aucune influence

	Oui	Non
45. b) Aviez-vous la permission de votre conjointe pour toucher ses seins ?		
45. c) Aviez-vous envie de voir l'allaitement ?		
45. d) Aviez-vous envie de goûter au lait maternel ?		
45. e) Étiez-vous excité sexuellement lors de l'allaitement ?		
45. f) Vous êtes-vous déjà masturbé lors de l'allaitement ?		
45. g) Étiez-vous excité de voir l'éjection de lait lors de l'orgasme de votre partenaire ?		

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

24%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX

1. a) Sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente grand inconfort et 10 un grand confort, veuillez indiquer le chiffre qui correspond à votre degré de confort à parler de sexualité avec un/une professionnel(le) de la santé pendant la période périnatale.

1. b) Veuillez justifier votre réponse.

Écrivez ici

2. a) Avez-vous suivi des cours ou des rencontres prénatales ?

- Oui
- Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

27%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque vous avez suivi des cours ou des rencontres prénatales, veuillez répondre à la question suivante.

3. La sexualité y a-t-elle été abordée ?

- Oui
- Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

29%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité a été abordée lors des cours ou des rencontres prénatales, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Qui a fait les rencontres ?

- ○ Infirmière/infirmier
- ○ Sage-femme
- ○ Accompagnante à la naissance/doula
- ○ Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Était-ce des cours ou des rencontres...

- ○ En privé
- ○ En groupe

3. Qui a initié la discussion sur la sexualité ?

- ○ Vous-même
- ○ Votre partenaire
- ○ Le/la professionnel(le)
- ○ Un autre futur parent

4. Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

5. Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ?

Oui Non

6. Cela vous a-t-il satisfait ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Langue des cours/rencontres

7. a) Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ?

Oui Non

7. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 7 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ?

- Spontanément offert en français
- Demandé

8. a) Les services reçus étaient-ils en français ?

Oui Non

8. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 8. a) :

	Oui	Non
La langue a-t-elle été un obstacle ?		
Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ?		

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

32%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité n'a pas été abordée lors des cours ou des rencontres prénatales, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Manque de temps
- [ ] Manque de connaissances de la part de l'intervenant
- [ ] Manque de formation de la part de l'intervenant
- [ ] Manque d'expérience de la part de l'intervenant
- [ ] Ne fait pas partie des fonctions de l'intervenant
- [ ] Inconfort/gêne de la part de l'intervenant
- [ ] Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou
- [ ] Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant
- [ ] L'intervenant n'a pas initié la discussion
- [ ] La sexualité n'est pas une priorité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. a) Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ?

Oui Non

2. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes?

Écrivez ici

3. Auriez-vous préféré que les services soient en français ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

35%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

2. b) Avez-vous suivi des cours ou des rencontres postnatales ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

37%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque vous avez suivi des cours ou des rencontres postnatales, veuillez répondre à la question suivante.

3. La sexualité y a-t-elle été abordée ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

40%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité a été abordée lors des cours ou des rencontres postnatales, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Qui a fait les rencontres ?

- ○ Infirmière/infirmier
- ○ Sage-femme
- ○ Accompagnante à la naissance/doula
- ○ Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Était-ce des cours ou des rencontres...

- ○ En privé
- ○ En groupe

3 . Qui a initié la discussion sur la sexualité ?

- ○ Vous-même
- ○ Votre partenaire
- ○ Le/la professionnel(le)
- ○ Un autre futur parent

4. Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

5. Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ?

Oui Non

6. Cela vous a-t-il satisfait ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Langue des cours/rencontres

7. a) Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ?

Oui Non

7. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 7 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ?

- Spontanément offert en français
- Demandé

8. a) Les services reçus étaient-ils en français ?

Oui Non

8. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 8. a) :

	Oui	Non
La langue a-t-elle été un obstacle ?		
Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ?		

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

43%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité n'a pas été abordée lors des cours ou des rencontres postnatales, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Manque de temps
- [ ] Manque de connaissances de la part de l'intervenant
- [ ] Manque de formation de la part de l'intervenant
- [ ] Manque d'expérience de la part de l'intervenant
- [ ] Ne fait pas partie des fonctions de l'intervenant
- [ ] Inconfort/gêne de la part de l'intervenant
- [ ] Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou
- [ ] Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant
- [ ] L'intervenant n'a pas initié la discussion
- [ ] La sexualité n'est pas une priorité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. a) Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ?

Oui Non

2. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes?

Écrivez ici

3. Auriez-vous préféré que les services soient en français ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

45%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

4. a) Pendant la grossesse (prénatal), dans vos visites médicales de routine avec un professionnel de la santé (médecin, sage-femme), la sexualité a-t-elle été abordée ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour | Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

48%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité a été abordée lors des suivis médicaux prénataux, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Qui a fait les suivis? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Infirmière/infirmier
- [ ] Médecin/gynécologue
- [ ] Sage-femme
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Qui a initié la discussion sur la sexualité ?

- ○ Vous
- ○ Votre partenaire
- ○ Le/la professionnel(le)

3. Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

4. Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ?

Oui Non

5. Cela vous a-t-il satisfait ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Langue des cours/rencontres

6. a) Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ?

Oui Non

6. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 6 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ?

- Spontanément offert en français
- Demandé

7. a) Les services reçus étaient-ils en français ?

Oui Non

7. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 7. a) :

	Oui	Non
La langue a-t-elle été un obstacle ?		
Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ?		

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

51%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité n'a pas été abordée lors des suivis médicaux prénataux, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Manque de temps
- [ ] Manque de connaissances de la part de l'intervenant
- [ ] Manque de formation de la part de l'intervenant
- [ ] Manque d'expérience de la part de l'intervenant
- [ ] Ne fait pas partie des fonctions de l'intervenant
- [ ] Inconfort/gêne de la part de l'intervenant
- [ ] Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou
- [ ] Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant
- [ ] L'intervenant n'a pas initié la discussion
- [ ] La sexualité n'est pas une priorité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. a) Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ?

Oui Non

2. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes?

Écrivez ici

3. Auriez-vous préféré que les services soient en français ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

54%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

4. b) Après la grossesse (postnatal), dans vos visites médicales de routine avec un professionnel de la santé (médecin, sage-femme), la sexualité a-t-elle été abordée ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

56%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité a été abordée lors des suivis médicaux postnataux, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Qui a fait les suivis? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Infirmière/infirmier
- [ ] Médecin/gynécologue
- [ ] Sage-femme
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Qui a initié la discussion sur la sexualité ?

- ○ Vous
- ○ Votre partenaire
- ○ Le/la professionnel(le)

3. Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

4. Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ?

Oui Non

5. Cela vous a-t-il satisfait ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Langue des cours/rencontres

6. a) Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ?

Oui Non

6. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 6 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ?

- Spontanément offert en français
- Demandé

7. a) Les services reçus étaient-ils en français ?

Oui Non

7. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 7. a) :

	Oui	Non
La langue a-t-elle été un obstacle ?		
Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ?		

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

59%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque la sexualité n'a pas été abordée lors des suivis médicaux postnataux, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Manque de temps
- [ ] Manque de connaissances de la part de l'intervenant
- [ ] Manque de formation de la part de l'intervenant
- [ ] Manque d'expérience de la part de l'intervenant
- [ ] Ne fait pas partie des fonctions de l'intervenant
- [ ] Inconfort/gêne de la part de l'intervenant
- [ ] Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou
- [ ] Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant
- [ ] L'intervenant n'a pas initié la discussion
- [ ] La sexualité n'est pas une priorité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. a) Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ?

Oui Non

2. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes?

Écrivez ici

3. Auriez-vous préféré que les services soient en français ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

62%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

5. a) Pendant la grossesse (prénatal), vous êtes-vous renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

64%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Quelle(s) ressource(s) avez-vous consultée(s) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Articles de revues, magazines et journaux
- [ ] Livre
- [ ] Amis/amies
- [ ] Famille
- [ ] Internet
- [ ] Télévision
- [ ] Radio
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Ces ressources vous ont-elles satisfait ?

- ( ) Très satisfait
- ( ) Satisfait
- ( ) Peu satisfait
- ( ) Pas du tout satisfait

3. a) Était-ce en français ?

Oui Non

3. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 3. a), la langue a-t-elle été un obstacle?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

67%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Pourquoi ne vous êtes-vous pas renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ?

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

70%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

5. b) Après la grossesse (postnatal), vous êtes-vous renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

72%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Quelle(s) ressource(s) avez-vous consultée(s) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Articles de revues, magazines et journaux
- [ ] Livre
- [ ] Amis/amies
- [ ] Famille
- [ ] Internet
- [ ] Télévision
- [ ] Radio
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Ces ressources vous ont-elles satisfait ?

- ( ) Très satisfait
- ( ) Satisfait
- ( ) Peu satisfait
- ( ) Pas du tout satisfait

3. a) Était-ce en français ?

Oui Non

3. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 3. a), la langue a-t-elle été un obstacle?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

75%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Pourquoi ne vous êtes-vous pas renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ?

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

78%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

6. a) La sexualité est-elle importante d'être abordée par un professionnel de la santé pendant la grossesse (prénatal) ?

- ○ Oui
- ○ Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

81%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque vous considérez que la sexualité est importante à aborder pendant la grossesse, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Quels sont les sujets qui devraient être abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Qui devrait initier la discussion ?

- ○ Vous
- ○ Le/la professionnel(le)

3. Seriez-vous plus à l'aise de parler de sexualité si le/la professionnel(le) initie la discussion sur le sujet ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

83%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Pourquoi considérez-vous que la sexualité n'est pas importante à aborder pendant la grossesse?

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

86%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

6. b) La sexualité est-elle importante d'être abordée par un professionnel de la santé après la grossesse (postnatal) ?

- Oui
- Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

89%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

Puisque vous considérez que la sexualité est importante à aborder après la grossesse, veuillez répondre aux questions suivantes.

1. Quels sont les sujets qui devraient être abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] La pénétration vaginale (coït)
- [ ] Le désir sexuel (libido)
- [ ] Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité
- [ ] Les positions sexuelles
- [ ] L'orgasme
- [ ] La satisfaction sexuelle
- [ ] Les zones érogènes chez la femme
- [ ] Les zones érogènes chez l'homme
- [ ] Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification
- [ ] Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation
- [ ] Les seins de la femme enceinte/qui allaite
- [ ] Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)
- [ ] La masturbation (seule ou avec partenaire)
- [ ] Le coït anal
- [ ] Les changements du vagin
- [ ] L'importance de la sexualité
- [ ] L'image corporelle
- [ ] Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme
- [ ] Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme
- [ ] La communication dans le couple par rapport à la sexualité
- [ ] L'impact de la fatigue sur la sexualité
- [ ] L'utilisation de jouets sexuels
- [ ] L'allaitement et son impact sur la sexualité
- [ ] La contraception postnatale
- [ ] La perception des seins
- [ ] L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité
- [ ] Autre(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

2. Qui devrait initier la discussion ?

- Vous
- Le/la professionnel(le)

3. Seriez-vous plus à l'aise de parler de sexualité si le/la professionnel(le) initie la discussion sur le sujet ?

Oui Non

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

91%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

1. Pourquoi considérez-vous que la sexualité n'est pas importante à aborder après la grossesse?

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

94%

6. SONDAGE SUR LES BESOINS ET SERVICES SEXOPÉRINATAUX (suite)

7. a) Par rapport à la sexualité pendant la grossesse (prénatal), quel(s) type(s) de besoin avez-vous eu(s) en lien avec les services de santé offerts par les professionnels en santé périnatale ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Besoin d'information et d'éducation
- [ ] Besoin de soutien et de support
- [ ] Besoin structurel (ex : référence pour groupe de futures mamans, référence pour cours prénataux)
- [ ] Besoin instrumental (élément physique; ex : prescription)
- [ ] Aucun
- [ ] Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

7. b) Par rapport à la sexualité après la grossesse (postnatal), quel(s) type(s) de besoin avez-vous eu(s) en lien avec les services de santé offerts par les professionnels en santé périnatale ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- [ ] Besoin d'information et d'éducation
- [ ] Besoin de soutien et de support
- [ ] Besoin structurel (ex : référence pour groupe de futures mamans, référence pour cours prénataux)
- [ ] Besoin instrumental (élément physique; ex : prescription)
- [ ] Aucun
- [ ] Autre(s) - Veuillez préciser : Écrivez ici

8. Quelle est votre opinion en ce qui concerne le fait de recevoir des services en matière de sexualité ?

	C'est très important	C'est important	C'est peu important	Ce n'est pas du tout important
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○

9. Quelle est votre opinion en ce qui concerne le fait de recevoir des services en matière de sexualité en français ?

	C'est très important	C'est important	C'est peu important	Ce n'est pas du tout important
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○

10. a) En général, avez-vous obtenu les services en matière de sexualité que vous désiriez ?

	Oui	Non	Je n'en ai pas eu besoin
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○

10. b) Si vous avez répondu "Non" à la question 10. a), quelle était la raison principale pour laquelle vous ne les avez pas obtenus ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse)

- ☐ Pas de professionnels disponibles
- ☐ Manque de services
- ☐ Temps d'attente trop long
- ☐ Autres(s) – Veuillez préciser : Écrivez ici

11. Comment évaluez-vous l'obtention des services en matière de sexualité ?

	Très facile	Facile	Difficile	Très difficile	Impossible
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

12. Comment avez-vous trouvé l'obtention des services pré/postnataux en matière de sexualité en français ?

	Très facile	Facile	Difficile	Très difficile	Impossible
Pendant la grossesse (prénatal)	○	○	○	○	○
Après la grossesse (postnatal)	○	○	○	○	○

13. a) Avez-vous dû vous déplacer davantage qu'à la normale pour obtenir des services périnataux en matière de sexualité ?

- ○ Oui, dans le cadre des cours/rencontres et des suivis
- ○ Oui, mais seulement dans le cadre des cours/rencontres
- ○ Oui, mais seulement dans le cadre des suivis
- ○ Non

13. b) Si vous avez répondu "Oui" à la question 13. a), veuillez répondre aux questions suivantes.

	Oui	Non
Étiez-vous capable de le faire par vous-même ?	○	○
Était-ce facile ?	○	○
Cela a-t-il engendré des coûts financiers de surplus ?	○	○
Cela a-t-il engendré du temps supplémentaire ?	○	○

Commentaires

Écrivez ici

Retour Suivant

Sauvegarder le sondage

Sexualité périnatale - HOMME

97%

Invitation pour l'entrevue de couple

Je voudrais aussi participer à l'entrevue de couple

En répondant oui, je consens volontairement à partager mes coordonnées avec les chercheurs pour qu'ils m'invitent à participer à une entrevue de couple dans les prochaines semaines.

Oui Non

Si oui, veuillez s'il vous plait fournir vos coordonnées :

Nom :	Écrivez ici
Numéro de téléphone :	Écrivez ici
Courriel :	Écrivez ici

Veuillez cliquer sur "Envoyer" pour terminer le questionnaire.

Votre participation a été très appréciée; nous vous en remercions grandement encore une fois !

Retour Soumettre

Sauvegarder le sondage

ANNEXE 8

BMSFI entente

MAP RESEARCH TRUST

USER-AGREEMENT

USE OF THE O'LEARY BRIEF SEXUAL FUNCTION INDEX (BSFI) AND ITS TRANSLATIONS

Date : !_2_!_7_!!_0_!_5_!!_1_!_3_!
day month year

PART 1. LICENSEE'S DETAILS

LICENSEEName: Catherine de Pierrepont .....
LICENSEETitle: Sexologue ; Candidate au Doctorat en Santé des Populations .....
Company : Université d'Ottawa.....
Address : [redacted]
Country :
Phone :
Email :
VAT number (if applicable): .....

Contact name if different from above: ***Please have the information type written*** .....
Contact Title: .....
Company : .....
Address : .....
.....
.....
Country : .....
Phone : ..... Fax : .....
Email : .....

2. CONTEXT OF O'LEARY BRIEF SEXUAL FUNCTION INDEX USE

1. **Individual clinical practice** ☐

- Expected duration of use: Indefinite ☐ or Number of years _____

2. **Research study** ☒

- **Title**: Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario → thèse de doctorat

- **Disease or disorder**:___santé sexuelle périnatale_____
- **Type of research**:
  - ☐ clinical trial - Phase II ☐ / Phase III ☐
  - ☐ epidemiologic/observational
  - ☒ other: étude de cas exploratoire.....
- **BSFI used as primary end point**: yes ☐ no ☒
- **Number of expected patients (total)**: 100
- **Number of administrations of the questionnaire per patient**: 1
- **Length of the follow-up (if any) for each patient**: 0 months
- **Planned study date**: *start* 09 | 13 (month/year) *end* 04 | 15 (month/year)

3. STUDY FINANCING

- Not funded academic research, medical practice[1] ☒1
- Funded academic research[2] ☐2
- Commercial study[3] ☐3

Granting / Sponsoring from (if any) *(name of the governmental/foundation/company or other funding/sponsoring source):* .....

- 1 *Not funded academic research: project not explicitly funded, but funding comes from overall departmental funds or from the University or individual funds.*
- 2 *Funded academic research: projects receiving funding from industry, commerce, government, EU or registered charity.*
- 3 *Commercial studies (industry, CRO, any for-profit companies)*

4. TRANSLATIONS

Please indicate in which language(s) and for which country(ies) the O'Leary Brief Sexual Function Index is needed:

Language:	*For use in the following country*	*Language:*	*For use in the following country*	*Language:*	*For use in the following country*
e.g. English	*USA*	Français (French)	Canada		
e.g. Spanish	*USA*				

Note: The O'Leary Brief Sexual Function Index translation(s) may not be available in the country required or may not have undergone a full linguistic validation process.

Please check availability and status of translations with Mapi Research Trust.

If not available in the language(s) required, a Linguistic Validation must be undergone.

©Mapi Research Trust. The unauthorized use of any portion of this document is prohibited.

USER AGREEMENT

This agreement is between MAPI RESEARCH TRUST and Catherine de Pierrepont ..... ("USER"). MAPI RESEARCH TRUST provides the version(s) of the O'Leary Brief Sexual Function Index in the following language: français pour le Canada (French for Canada) .....

.....

The use of the O'Leary Brief Sexual Function Index and its translations in the above mentioned clinical investigations is subject to the following conditions :

1. User shall not modify, abridge, condense, translate, adapt, recast or transform the O'Leary Brief Sexual Function Index and its translations in any manner or form, including but not limited to any minor or significant change in wording or organization of the O'Leary Brief Sexual Function Index and its translations.

2. User shall not reproduce the O'Leary Brief Sexual Function Index and its translations except for the limited purpose of generating sufficient copies for its own uses and shall in no event distribute copies of the O'Leary Brief Sexual Function Index and its translations to third parties by sale, rental, lease, lending, or any others means.

3. Distribution fees (Mapi Research Trust)
   - The use of the O'Leary Brief Sexual Function Index in commercial studies involving "for-profit" organizations is subject to a distribution fee payable to Mapi Research Trust, of an amount of 700 (seven hundred) Euro per study plus an additional 300 (three hundred) Euro per language version requested.
   - The use of the O'Leary Brief Sexual Function Index in funded academic research is subject to a distribution fee payable to Mapi Research Trust, of an amount of 300 (three hundred) Euro per study plus an additional 50 (fifty) Euro per language version requested.
   - The use of the O'Leary Brief Sexual Function Index in non funded academic research and individual clinical practice is free of charge.
   - Invoicing and payment: Upon execution of this Agreement, MAPI Research Trust shall promptly provide USER with a definitive invoice, and USER shall pay the invoice within thirty (30) days of the date indicated on the invoice. The questionnaire and requested translations shall only be delivered to USER upon either receipt of payment or proof of payment (in the form of a copy of the check or wire transfer details) of all due fees.

4. In case of publication, user shall:

- cite O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, et al. A Brief Male Sexual Function Inventory For Urology. *Urology* 46(5): 697-706, 1995, in reference section of his/her paper.
- not include a copy of the BSFI (original and/or translation) in the publication.

©Mapi Research Trust. The unauthorized use of any portion of this document is prohibited.

The following information shall be clearly mentioned:

BSFI contact information and permission to use: Mapi Research Trust, Lyon, France. E-mail: PROinformation@mapi-trust.org – Internet: www.mapi-trust.org

5. This agreement holds for the above mentioned study only. The use of the O'Leary Brief Sexual Function Index and its translation in any additional study of the user will require a separate agreement.

6. It is understood that the copyright owner of the O'Leary Brief Sexual Function Index and its translations, Merck & Co., Inc., receives no compensation for granting licenses to use the O'Leary Brief Sexual Function Index and its translations.

7. It is understood that a copy of this User Agreement will be provided to the copyright owner of the O'Leary Brief Sexual Function Index and its translations, Merck & Co., Inc.

8. User acknowledges that all rights, titles, and copyrights in and to existing and new translations of the Sexual Function Inventory used in this project and all rights in and to renewal and extension of copyrights shall reside solely in Merck & Co., Inc.

AGREED	
User's Signature (handwritten): _____ Title: _____ Company/Organisation: _____ _____ Date: _____	**Company/Organisation Stamp (if applicable):**

©Mapi Research Trust. The unauthorized use of any portion of this document is prohibited.

ANNEXE 9

BMSFI questionnaire

SCALING AND SCORING OF THE 'BRIEF MALE SEXUAL FUNCTION INVENTORY' (BSFI)

Original questionnaire included

MAPI Research Trust
27 rue de la Villette
69003 Lyon
France
Phone: 04 72 13 65 75
Fax: 04 72 13 66 68

Contacts:
Marie-Pierre Emery
E-mail: mpemery@mapigroup.com

Michael O'Leary
moleary1@partners.org

The BSFI is composed of 11 items investigating 5 dimensions.

DESCRIPTION OF THE QUESTIONNAIRE:

Dimensions	Number of Items	Cluster of Items	Item Reversion	Direction of Dimensions
Sexual drive	2	1-2	No	Low score = More dysfunction
Erections	3	3-5	No	
Ejaculation	2	6-7	No	
Problem assessment	3	8-10	No	
Overall satisfaction	1	11	No	

SCORING OF DIMENSIONS:

Item scaling	5-point scale ranging from 0 to 4
Weighting of Items	No
Extension of the Scoring Scale	Depending on the dimension considered: 0-4 0-8 0-12 0-4
Scoring Procedure	Subscale scores: Sum of the items in the subscale ***No overall score is possible***
Interpretation and Analysis of missing data	The author recommends to impute the mean of all nonmissing items in the relevant subscale

Reference:

O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR et al. A brief male Sexual Function Inventory for urology. *Urology*.1995;46(5):697-706.

ANNEXE 10

Tableau résultats pré-test

Questions	Choix de réponses	Femmes	Hommes
1. a) La présentation de l'étude était…	a) Très claire et complète	3	2
	b) En partie claire et complète	0	1
	c) Pas du tout claire/incomplète	0	0
1. b) Commentaires sur la présentation de l'étude	-	-	-
2. a) Le formulaire de consentement était…	a) Très clair et complet	3	3
	b) En partie clair et complet	0	0
	c) Pas du tout clair/incomplet	0	0
2. b) Commentaires sur le formulaire de consentement	-	-	-
3. a) Les directives pour répondre aux questionnaires étaient…	a) Très claires et complètes	3	3
	b) En partie claires et complètes	0	0
	c) Pas du tout claires/incomplètes	0	0
3. b) Commentaires sur les directives	-	-	-
4. a) Dans l'ensemble, les questions posées étaient…	a) Très claires et complètes	2	3
	b) En partie claires et complètes	1	0
	c) Pas du tout claires/incomplètes	0	0
4. b) Commentaires sur les questions posées	-	- Peut-être définir ce qu'on entend par convention sociale à la question 7 de la 2e section.	- Il y a des questions qui semble plus s'appliquer au femmes
5. a) L'apparence générale des questionnaires était…	a) Très bien	2	2
	b) Bien	1	1
	c) Passable	0	0
5. b) Commentaires sur l'apparence	-		-
6. Combien de temps cela	-	- 40 minutes	- 35 minutes

vous a-t-il pris pour remplir les questionnaires au complet ?		- 1h30 -1h15	- un peu plus de 60 minutes - 55 minutes
7. a) Le temps passé pour répondre aux questionnaires a été…	a) Adéquat	0	2
	b) Un peu long	3	1
	c) Très long	0	0
7. b) Commentaires sur le temps	-	-	-
8. a) La navigation dans les questionnaires était…	a) Très bien	1	2
	b) Bien	2	1
	c) Passable	0	0
8. b) Commentaires sur la navigation	-	-	-
9. a) Considérez-vous que l'ensemble des questionnaires permet de couvrir l'expérience complète de la sexualité périnatale ?	a) Très bien	3	3
	b) Bien	0	0
	c) Passable	0	0
9. b) Commentaires sur la couverture du sujet	-	-	-
10. Autres commentaires	-	- Peut-être couper la période postnatale en 2, ex. 3-4 mois et 5 mois et plus. Personnellement, ma sexualité (inconfort physique, perception de mon corps, etc.) est vraiment différente aujourd'hui qu'un mois après l'accouchement.	-

ANNEXE 11

Guide d'entrevue

Guide d'entrevue de couple

Bonjour, je m'appelle Catherine de Pierrepont. Je suis sexologue de formation et présentement candidate au Doctorat en Santé des Populations à l'Université d'Ottawa sous la supervision de Viola Polomeno, infirmière de formation et présentement professeure agrégée à l'École des Sciences Infirmières de l'Université d'Ottawa.

Mon projet de thèse de doctorat porte sur l'évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. Je m'intéresse donc à ce que les couples parentaux francophones en Ontario vivent au plan de l'intimité et de la sexualité pendant et après la grossesse. Les résultats de cette étude permettront le développement de recommandations pour accroître le soutien auprès d'eux pendant leur transition à la parentalité, période qui est remplie de bouleversements et de changements de toutes sortes, particulièrement en matière d'intimité et de sexualité.

Je voudrais d'abord vous remercier d'avoir rempli mes questionnaires en ligne et de participer aujourd'hui à une entrevue de couple optionnelle et complémentaire.

Le but de cette entrevue est d'abord de faire une exploration de votre expérience sexopérinatale, soit de faire une rétrospective sur votre vécu au plan intime et sexuel pendant et après la grossesse, puis de mettre l'accent sur vos besoins en matière de services de santé en français en lien avec la sexopérinatalité.

La durée de cette entrevue est d'environ 45 minutes. Je vais vous poser des questions générales et ouvertes vous permettant de mettre l'emphase sur ce qui est important pour vous. Je vous rappelle aussi que toutes vos réponses resteront confidentielles.

A) Expérience sexopérinatale

1. Comment s'est passée votre sexualité pendant la grossesse ?
    a. Si +
        i. Quel(s) changement(s) intimes et sexuels avez-vous vécu(s) ?
        ii. [partenaire] Et vous, comment avez-vous vécu ou réagi à cela ?
        iii. [partenaire] Pour votre part, avez-vous vécu d'autre(s) changement(s) ?
        iv. Qu'est-ce que vous avez fait pour garder cette situation positive ?
    b. Si –
        i. Quels ont été les difficultés, les problèmes ou les considérations particulières que vous avez vécu(s) ?
        ii. Était-ce une difficulté, un problème ou une considération pour vous deux ?
        iii. [partenaire] Comment avez-vous réagi face à cette situation ?
        iv. Qu'avez-vous fait pour gérer ou régler cette situation ?
        v. Maintenant, cette situation est-elle réglée ?
            1. Si non : Que pensez-vous faire pour le gérer ou le régler ?

2. Comment s'est passée votre sexualité depuis l'arrivée de bébé ?
    a. Si +
        i. Quel(s) changement(s) intimes et sexuels avez-vous vécu(s) ?
        ii. [partenaire] Et vous, comment avez-vous vécu ou réagi à cela ?
        iii. [partenaire] Pour votre part, avez-vous vécu d'autre(s) changement(s) ?
        iv. Qu'est-ce que vous avez fait pour garder cette situation positive ?
    b. Si –
        i. Quels ont été les difficultés, les problèmes ou les considérations particulières que vous avez vécu(s) ?
        ii. Était-ce une difficulté, un problème ou une considération pour vous deux ?
        iii. [partenaire] Comment avez-vous réagi face à cette situation ?
        iv. Qu'avez-vous fait pour gérer ou régler cette situation ?
        v. Maintenant, cette situation est-elle réglée ?
            1. Si non : Que pensez-vous faire pour le gérer ou le régler ?

→ Nous allons maintenant parler de vos besoins en matière de sexopérinatalité et des services sexopérinataux qui vous ont été offerts ou que vous auriez aimé avoir.

B) Besoins et services sexopérinataux

1. <u>Pendant la grossesse</u>
    a. En fonction de votre expérience, avez-vous ressenti le besoin d'obtenir des informations sur la sexualité ?
        i. Si oui, pourquoi ?
        ii. Si non, pourquoi ?
    b. Avez-vous cherché des informations sur la sexualité ?
        i. Si oui, quelle(s) source(s) avez-vous consultée(s) précisément ?
        ii. Si non, pourquoi ?
    c. Dans vos suivis avec un professionnel de la santé, la sexualité a-t-elle été abordée ?
        i. Si oui
            1. Qui a initié la discussion ?
            2. Quels ont été les sujets abordés ?
            3. À quel moment ces sujets ont-ils été abordés ?
            4. Vous a-t-on donné des ressources ou des références sur le sujet ?
            5. Sur une échelle de 0 à 10, où 10 correspondant à tout à fait satisfaisant, étiez-vous satisfait des réponses obtenues sur le sujet ?
            6. La langue a-t-elle été un obstacle pour discuter de sexualité avec votre professionnel de la santé ?
                a. Si oui, pourquoi ?
                b. Si non, pourquoi pas ?
        ii. Si non
            1. Auriez-vous aimé aborder le sujet de la sexualité ?
                a. Si oui
                    i. À quel moment ?
                    ii. Quels sont les sujets que vous auriez aimé aborder ?
                b. Si non, pourquoi ?
            2. Si le sujet avait été abordé, la langue aurait-elle été un obstacle pour discuter de sexualité ?
    d. Qu'est-ce qui aurait pu vous aider davantage en matière de sexualité ?

2. Depuis l'arrivée de bébé
    a. En fonction de votre expérience, avez-vous ressenti le besoin d'obtenir des informations sur la sexualité ?
        i. Si oui, pourquoi ?
        ii. Si non, pourquoi ?
    b. Avez-vous cherché des informations sur la sexualité ?
        i. Si oui, quelle(s) source(s) avez-vous consultée(s) précisément ?
        ii. Si non, pourquoi ?
    c. Dans vos suivis avec un professionnel de la santé, la sexualité a-t-elle été abordée ?
        i. Si oui
            1. Qui a initié la discussion ?
            2. Quels ont été les sujets abordés ?
            3. À quel moment ces sujets ont-ils été abordés ?
            4. Vous a-t-on donné des ressources ou des références sur le sujet ?
            5. Sur une échelle de 0 à 10, où 10 correspondant à tout à fait satisfaisant, étiez-vous satisfait des réponses obtenues sur le sujet ?
            6. La langue a-t-elle été un obstacle pour discuter de sexualité avec votre professionnel de la santé ?
                a. Si oui, pourquoi ?
                b. Si non, pourquoi pas ?
        ii. Si non
            1. Auriez-vous aimé aborder le sujet de la sexualité ?
                a. Si oui
                    i. À quel moment ?
                    ii. Quels sont les sujets que vous auriez aimé aborder ?
                b. Si non, pourquoi ?
            2. Si le sujet avait été abordé, la langue aurait-elle été un obstacle pour discuter de sexualité ?
    d. Qu'est-ce qui aurait pu vous aider davantage en matière de sexualité ?

→ Y a-t-il d'autres choses que vous aimeriez ajouter concernant votre expérience sexopérinatale, vos besoins ou les services sexopérinataux pendant et après la grossesse?

→ Merci encore une fois de votre participation à cette entrevue.

ANNEXE 12

Approbation éthique - Université d'Ottawa

Université d'Ottawa University of Ottawa
Service de subventions de recherche et déontologie Research Grants and Ethics Services

Certificat d'approbation déontologique

CÉR Sciences et science de la santé

Chercheur principal / Superviseur / Co-chercheur(s) / Étudiant(s)

Prénom	Nom de famille	Affiliation	Rôle
Viola	Polomeno	Sciences de la santé / Sciences infirmières	Superviseur
Catherine	de Pierrepont	Sciences de la santé / Autres	Étudiant-chercheur

Numéro du dossier: H06-13-06

Type du projet: Thèse de doctorat

Titre: Évaluation Multidimensionnelle de l'Expérience Sexopérinatale des Couples Parentaux Francophones en Milieu Minoritaire de la Région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Date d'approbation (mm/jj/aaaa)	Date d'expiration (mm/jj/aaaa)	Approbation
09/09/2013	09/08/2014	Ia

(Ia: Approbation complète, Ib: Autorisation préliminaire de libération de fonds de recherche)

Conditions Spéciales / Commentaires:
N/A

550, rue Cumberland 550 Cumberland Street
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada
(613) 562-5841 • Téléc./Fax (613) 562-5338
http://www.rges.uottawa.ca http://www.ssrd.uottawa.ca

Numéro de dossier: H06-13-06 **Date (mm/jj/aaaa):** 09/09/2013

Université d'Ottawa University of Ottawa
Service de subventions de recherche et déontologie Research Grants and Ethics Services

La présente confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CER) de l'Université d'Ottawa identifié ci-dessus, opérant conformément à l'Énoncé de politique des Trois conseils et toutes autres lois et tous règlements applicables de l'Ontario, a examiné et approuvé la demande d'approbation déontologique du projet de recherche ci-nommé. L'approbation est valide pour la durée indiquée plus haut et est sujette aux conditions énumérées dans la section intitulée "Conditions Spéciales / Commentaires".

Lors de l'étude, le protocole ne peut être modifié sans approbation préalable écrite du CER sauf si le sujet doit être retiré en raison d'un danger immédiat ou s'il s'agit d'un changement ayant trait à des éléments administratifs ou logistiques de l'étude comme par exemple un changement de numéro de téléphone. Les chercheurs doivent aviser le CER dans les plus brefs délais de tout changement pouvant augmenter le niveau de risque aux participants ou affecter considérablement le déroulement du projet. Ils devront aussi rapporter tout évènement imprévu et / ou dommageable et devront soumettre toutes les nouvelles informations pouvant nuire à la conduite du projet et/ou à la sécurité des participants. Toutes modifications apportées au projet, aux lettres d'information / formulaires de consentement ainsi qu'aux documents de recrutement doivent être soumises pour approbation à ce Service en utilisant le document intitulé "Modification au projet de recherche" au: http://www.ssrd.uottawa.ca/deontologie/application_dwn_f.asp.

Veuillez soumettre un rapport annuel au Responsable de la déontologie en recherche, quatre semaines avant la date d'échéance indiquée afin de fermer le dossier ou demander un renouvellement de l'approbation déontologique. Le document nécessaire est disponible en ligne au: http://www.rges.uottawa.ca/ethics/application_dwn.asp.

Pour toutes questions, vous pouvez communiquer avec le bureau de déontologie en composant le poste 5841 ou en nous contactant par courriel à: ethics@uOttawa.ca.

[redacted]
Germain Zongo
Responsable de la déontologie en recherche
Pour Dr. Daniel Lagarec, Président du CER en Sciences de la santé et Sciences

550, rue Cumberland 550 Cumberland Street
Ottawa (Ontario) K1N 6N5 Canada Ottawa, Ontario K1N 6N5 Canada
(613) 562-5841 • Téléc./Fax (613) 562-5338
http://www.rges.uottawa.ca http://www.ssrd.uottawa.ca

ANNEXE 13

Approbation éthique – Hôpital Montfort

713, chemin Montréal Road, Ottawa, ON K1K 0T2
Tél./Tel.: 613-746-4621 Téléc./Fax: 613-748-4914
hopitalmontfort.com

Hôpital Montfort

Un hôpital d'enseignement affilié à l'Université d'Ottawa

A teaching hospital affiliated with the University of Ottawa

Avis d'approbation éthique
Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Montfort

Le 15 avril 2014 :

Chercheur principal :

Catherine de Pierrepont
Université d'Ottawa
[redacted]

Superviseur :

Viola Polomeno
Université d'Ottawa
[redacted]

Titre du projet : «Évaluation Multidimensionnelle de l'Expérience Sexopérinatale des Couples Parentaux Francophones en Milieu Minoritaire de la Région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario»

Numéro du dossier : CP-01-04-14

Date de début : 15 avril 2014

Date de fin : 14 avril 2015

En concordance avec l'Énoncé de politique des trois conseils, le Conseil canadien des normes, les lois et règlements applicables en Ontario, je confirme que le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) de l'Hôpital Montfort a étudié et approuvé votre demande d'approbation éthique pour une période d'un an pour les documents suivants :

- Courriel aux ressources périnatales, soumis le 30 juillet 2013
- Courriel aux participants, soumis le 30 juillet 2013
- Lettres d'information et formulaires de consentement (Questionnaire-femme), soumis le 23 août 2013
- Lettres d'information et formulaires de consentement (Questionnaire-homme), soumis le 23 août 2013
- Les questionnaires suivants :
    - Informations générales (homme & femme-portrait sociodémographique et périnatal) : 41 items
    - Échelle d'Ajustement Dyadique - Grossesse : 32 items
    - Échelle d'Ajustement Dyadique - Post-partum : 32 items
    - Échelle de relation intime (ERI) durant la grossesse : 15 items
    - Échelle de relation intime (ERI) durant la période post-partum : 19 items
    - Index de la Fonction Sexuelle Féminine - Grossesse : 19 items
    - Index de la Fonction Sexuelle Féminine - Post-partum : 19 items
    - Sondage sur l'expérience sexopérinatale : 39 items
    - Sondage sur les besoins et services en matière de sexopérinatalité : 12 items
- Invitation pour l'entrevue de couple (femme et homme), soumis le 23 août 2013
- Lettre d'information et formulaire de consentement – entrevue femme, soumis le 23 août 2013
- Lettre d'information et formulaire de consentement – entrevue homme, soumis le 23 août 2013
- Affiche de recrutement et dépliant soumis le 1er avril 2014
- Guide d'entrevue soumis le 10 avril 2014

Le protocole de l'étude ne peut être modifié sans une approbation préalable du CÉR sauf s'il est question de la sécurité immédiate des participants ou de logistique administrative comme un changement de numéro de téléphone. Vous devez aviser le CÉR immédiatement de tout changement, événement indésirable ou

nouvelle information pouvant augmenter le risque de l'étude, modifier le cours de l'étude ou atteindre la sécurité des participants. Les modifications au projet et aux outils de recrutement doivent être soumises au CÉR.

Veuillez nous acheminer quatre semaines avant la date d'échéance de cet avis d'approbation, un rapport final afin de fermer le dossier ou de faire une demande de renouvellement du certificat éthique de l'étude.

Si vous avez des questions, vous pouvez communiquer avec le CÉR de l'Hôpital Montfort au 613-746-4621 poste 2221 ou par courriel à ethique@montfort.on.ca .

[redacted]

Lynn Casimiro, Pht., Ph. D.
Présidente du Comité d'éthique de la recherche — Hôpital Montfort

ANNEXE 14

Approbation éthique – Santé Publique Ottawa

Ottawa | Public Health
Santé publique

June 25, 2014

Research Ethics Board
Ottawa Public Health
100 Constellation Crescent,
7th Floor West
Ottawa. ON K2G 6J8

Ms. Catherine de Pierrepont
Sexologist B.A., M.A.,
Ph.D. Candidate in Population Health, University of Ottawa
[redacted]

Dear Ms. Pierrepont :

Re: Research Project #192-14
Multidimensional evaluation of francophone parenting couples' sexoperinatal experience living in a minority linguistic context in Ottawa and Eastern Ontario

I am pleased to inform you that the Ottawa Public Health Research Ethics Board has reviewed and accepted the responses to its Category 2 approval of April 8, 2014 for your research proposal entitled *'Multidimensional evaluation of francophone parenting couples' sexoperinatal experience living in a minority linguistic context in Ottawa and Eastern Ontario.'*

You are now fully approved for your research and may begin data collection per the schedule you have established.

You are reminded to inform the Board if you have any major changes in your proposal by completing Appendix G (attached). At the end of your study, you are to submit an end of project report using Appendix F (attached). Please submit the completed forms as indicated to the Ottawa Public Health Research Ethics Board Secretariat.

On behalf of the Board, we wish you well in your research. Please do not hesitate to contact Eva Stewart-Bindernagel, Secretariat to the Research Ethics Board at oph.ethics@ottawa.ca or 613-580-6744, ext. 23595 if you require further information.

Sincerely,

[redacted]

John Williams
Chair, Research Ethics Board
Ottawa Public Health

Attachments: 2

ANNEXE 15

Lettres d'information et formulaires de consentement

Lettre d'information – Questionnaire - Femme

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Chercheures principales

- Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A., Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
- Viola Polomeno, Inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa

Invitation à participer

Je suis invitée à participer à l'étude de recherche mentionnée ci-dessus entreprise par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno. La participation des 2 membres du couple est nécessaire.

Mise en contexte et but de l'étude

En matière de sexopérinatalité (étude de l'intimité et de la sexualité des couples lors de la transition à la parentalité, de la conception à 2 ans post-partum), peu d'attention en recherche et en intervention a été portée aux expériences, aux besoins et aux services offerts aux couples parentaux, particulièrement en contexte linguistique minoritaire en Ontario.

L'objectif de cette étude est de faire une évaluation multidimensionnelle de 100 couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario par rapport à leur expérience sexuelle périnatale (vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse) et leurs besoins sexopérinataux.

Participation

En tant que participante, je suis invitée à compléter des questionnaires en ligne une seule fois, pour une durée d'environ 60 minutes. L'accès à Internet est donc nécessaire.
Les questionnaires suivants me sont proposés :

1. Informations générales : 42 items divisés comme suit
   A) Portrait sociodémographique : 17 items
   B) Portrait périnatal : 25 items
2. Échelle d'Ajustement Dyadique : 32 items
3. Échelle de relation intime (ERI) : 15 items en prénatal et 19 items en postnatal
4. Index de la Fonction Sexuelle Féminine : 19 items
5. Sondage sur l'expérience sexopérinatale : 42 items
6. Sondage sur les besoins et services sexopérinataux : 13 items

À la fin des questionnaires, je serai invitée à participer à une entrevue de couple optionelle de 45 minutes dans les prochaines semaines. Cette entrevue auprès de 10 couples volontaires abordera l'experience sexopérinatale du couple ainsi que les besoins et services sexopérinataux. Les couples choisis devront répondre aux mêmes critères d'admissibilité que ceux participant à l'étude.

Risques et bénéfices

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : « Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ? »). Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale) à travers les questions, mais je peux toujours choisir de refuser de répondre aux questions qui me dérangent.

En participant à cette étude, je contribue directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

Anonymat et confidentialité

En matière d'anonymat, un numéro de participant me sera attribué à des fins de recherches pour éviter mon identification. Lors des analyses de couple, mon numéro sera pairé avec celui de mon partenaire, mais la liste qui permet ce pairage ne sera qu'accessible aux deux chercheuses principals et sera dépouillée de toute information personnelle (nom, numéro de téléphone et courriel). De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les questionnaires et toutes les données recueillies seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même mon partenaire n'y aura pas accès).

Les données seront conservées informatiquement pendant 5 ans (du 30 avril 2015 au 30 avril 2020), puis seront détruites.

Droit à l'information et au retrait de l'étude

Ma participation à cette étude est volontaire ; je fais un choix libre et éclairé en décidant d'y participer. Je reste libre de me retirer en tout temps de cette étude, pour n'importe quelle raison, sans aucune conséquence. Si je choisis de me retirer et que certaines de mes données sont déjà transmises, elles seront détruites après avoir contacté les responsables de cette étude.

Contacts et questions à propos de l'étude

Si j'ai des considérations, des questions ou des commentaires, je n'hésiterai pas à contacter, à n'importe quel moment durant le déroulement de l'étude, l'une des deux chercheures principales :

- Catherine de Pierrepont, XXX, XXX
- Viola Polomeno. XXX, poste XXX, XXX

Si j'ai des questions concernant la conduite morale de cette étude, je peux communiquer avec la responsable de déontologie en recherche à l'Université d'Ottawa : en

personne au Pavillon Tabaret, rue 550 Cumberland, pièce 154, Ottawa (Ontario) ; par téléphone au 613-562-5397 ; ou par courriel au ethique@uottawa.ca.

Avec la collaboration de :

Ottawa Public Health
Research Ethics Board, Secretariat
100 Constellation Crescent, 7th Floor West
Ottawa, Ontario
K2B 2J1
Oph.ethics@ottawa.ca
Tel: (613) 580-6744, ext. 23595
Fax (613) 580-9601

Nous vous remercions de votre participation.

Formulaire de consentement – Questionnaire - Femme

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Consentement

Je consens à participer à cette étude menée par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno de l'Université d'Ottawa. Les données provenant de cette étude contribueront directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

La collecte des données sera effectuée en seul temps entre 6 et 12 mois post-partum. Essentiellement, ma participation consistera à compléter des questionnaires en ligne. L'accès à Internet est donc nécessaire. La participation des 2 membres du couple est aussi nécessaire.

En matière d'anonymat, un numéro de participant me sera attribué à des fins de recherches pour éviter mon identification. Lors des analyses de couple, mon numéro sera pairé avec celui de mon partenaire, mais la liste qui permet ce pairage ne sera qu'accessible aux deux chercheuses principales et sera dépouillée de toute information personnelle (nom, numéro de téléphone et courriel). De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les questionnaires et toutes les données recueillies seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même mon partenaire n'y aura pas accès).

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : « Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ? »). Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale), mais je peux ne pas répondre à certaines questions qui me mettent mal à l'aise et je peux aussi me retirer de cette étude à tout moment.

Avec la collaboration de :

Ottawa Public Health
Research Ethics Board, Secretariat
100 Constellation Crescent, 7th Floor West

Ottawa, Ontario,
K2B2J1
Oph.ethics@ottawa.ca
Tel: (613) 580-6744, ext. 23595
Fax (613) 580-9601

J’ai lu attentivement la lettre d’information et ce formulaire et je comprends toute l’information qui y figure.

☐ Oui

Je consens volontairement à participer à cette étude.

☐ Oui

*** Veuillez imprimer cette page et la garder dans vos dossiers.

Veuillez ensuite cliquer le bouton "Suivant" pour commencer l'étude.

Invitation pour l'entrevue de couple [1]

Je voudrais aussi participer à l'entrevue de couple optionnelle.

En répondant oui, je consens volontairement à partager mes coordonnées avec les chercheurs pour qu'ils m'invitent à participer à une entrevue de couple dans les prochaines semaines.

☐ Oui
☐ Non

Si oui, veuillez s'il vous plait fournir vos coordonnées :

Nom : _____
Numéro de téléphone : _____
Courriel : _____

Veuillez cliquer sur "Envoyer" pour terminer le questionnaire.

Votre participation a été très appréciée; nous vous en remercions grandement encore une fois!

[1] Cette invitation figurera à la dernière page des questionnaires en ligne.

Lettre d'information – Questionnaire - Homme

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Chercheures principales

- Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A., Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
- Viola Polomeno, Inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa

Invitation à participer

Je suis invité à participer à l'étude de recherche mentionnée ci-dessus entreprise par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno. La participation des 2 membres du couple est nécessaire.

Mise en contexte et but de l'étude

En matière de sexopérinatalité (étude de l'intimité et de la sexualité des couples lors de la transition à la parentalité, de la conception à 2 ans post-partum), peu d'attention en recherche et en intervention a été portée aux expériences, aux besoins et aux services offerts aux couples parentaux, particulièrement en contexte linguistique minoritaire en Ontario.

L'objectif de cette étude est de faire une évaluation multidimensionnelle de 100 couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario par rapport à leur expérience sexuelle périnatale (vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse) et leurs besoins sexopérinataux.

Participation

En tant que participant, je suis invité à compléter des questionnaires en ligne une seule fois, pour une durée d'environ 60 minutes. L'accès à Internet est donc nécessaire.
Les questionnaires suivants me sont proposés :

1. Informations générales : 28 items divisés comme suit
   A) Portrait sociodémographique : 17 items
   B) Portrait périnatal : 11 items
2. Échelle d'Ajustement Dyadique : 32 items
3. Échelle de relation intime (ERI) : 15 items en prénatal et 19 items en postnatal
4. Index Bref de la Fonction Sexuelle Masculine : 11 items
5. Sondage sur l'expérience sexopérinatale : 45 items
6. Sondage sur les besoins et services sexopérinataux : 13 items

À la fin des questionnaires, je serai invité à participer à une entrevue de couple optionelle de 45 minutes dans les prochaines semaines. Cette entrevue auprès de 10 couples volontaires abordera l'experience sexopérinatale du couple ainsi que les besoins et services sexopérinataux. Les couples choisis devront répondre aux mêmes critères d'admissibilité que ceux participant à l'étude.

Risques et bénéfices

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : « Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ? »). Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale) à travers les questions, mais je peux toujours choisir de refuser de répondre aux questions qui me dérangent.

En participant à cette étude, je contribue directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

Anonymat et confidentialité

En matière d'anonymat, un numéro de participant me sera attribué à des fins de recherches pour éviter mon identification. Lors des analyses de couple, mon numéro sera pairé avec celui de ma partenaire, mais la liste qui permet ce pairage ne sera qu'accessible aux deux chercheuses principals et sera dépouillée de toute information personnelle (nom, numéro de téléphone et courriel). De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les questionnaires et toutes les données recueillies seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même ma partenaire n'y aura pas accès).

Les données seront conservées informatiquement pendant 5 ans (du 30 avril 2015 au 30 avril 2020), puis seront détruites.

Droit à l'information et au retrait de l'étude

Ma participation à cette étude est volontaire ; je fais un choix libre et éclairé en décidant d'y participer. Je reste libre de me retirer en tout temps de cette étude, pour n'importe quelle raison, sans aucune conséquence. Si je choisis de me retirer et que certaines de mes données sont déjà transmises, elles seront détruites après avoir contacté les responsables de cette étude.

Contacts et questions à propos de l'étude

Si j'ai des considérations, des questions ou des commentaires, je n'hésiterai pas à contacter, à n'importe quel moment durant le déroulement de l'étude, l'une des deux chercheures principales :

- Catherine de Pierrepont, XXX, XXX
- Viola Polomeno, XXX, poste XXX, XXX

Si j'ai des questions concernant la conduite morale de cette étude, je peux communiquer avec la responsable de déontologie en recherche à l'Université d'Ottawa : en

personne au Pavillon Tabaret, rue 550 Cumberland, pièce 154, Ottawa (Ontario) ; par téléphone au 613-562-5397 ; ou par courriel au ethique@uottawa.ca.

Avec la collaboration de :

Ottawa Public Health
Research Ethics Board, Secretariat
100 Constellation Crescent, 7th Floor West
Ottawa, Ontario,
K2B2J1
Oph.ethics@ottawa.ca
Tel: (613) 580-6744, ext. 23595
Fax (613) 580-9601

Nous vous remercions de votre participation.

Formulaire de consentement – Questionnaire - Homme

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Consentement

Je consens à participer à cette étude menée par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno de l'Université d'Ottawa. Les données provenant de cette étude contribueront directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

La collecte des données sera effectuée en seul temps entre 6 et 12 mois post-partum. Essentiellement, ma participation consistera à compléter des questionnaires en ligne. L'accès à Internet est donc nécessaire. La participation des 2 membres du couple est aussi nécessaire.

En matière d'anonymat, un numéro de participant me sera attribué à des fins de recherches pour éviter mon identification. Lors des analyses de couple, mon numéro sera pairé avec celui de ma partenaire, mais la liste qui permet ce pairage ne sera qu'accessible aux deux chercheuses principales et sera dépouillée de toute information personnelle (nom, numéro de téléphone et courriel). De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les questionnaires et toutes les données recueillies seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même ma partenaire n'y aura pas accès).

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : « Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ? »). Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale), mais je peux ne pas répondre à certaines questions qui me mettent mal à l'aise et je peux aussi me retirer de cette étude à tout moment.

Avec la collaboration de :

Ottawa Public Health
Research Ethics Board, Secretariat
100 Constellation Crescent, 7th Floor West

Ottawa, Ontario,
K2B2J1
Oph.ethics@ottawa.ca
Tel: (613) 580-6744, ext. 23595
Fax (613) 580-9601

J’ai lu attentivement la lettre d’information et ce formulaire et je comprends toute l’information qui y figure.

☐ Oui

Je consens volontairement à participer à cette étude.

☐ Oui

*** Veuillez imprimer cette page et la garder dans vos dossiers.

Veuillez ensuite cliquer le bouton "Suivant" pour commencer l'étude.

Invitation pour l'entrevue de couple [2]

Je voudrais aussi participer à l'entrevue de couple optionnelle.

En répondant oui, je consens volontairement à partager mes coordonnées avec les chercheurs pour qu'ils m'invitent à participer à une entrevue de couple dans les prochaines semaines.

☐ Oui
☐ Non

Si oui, veuillez s'il vous plait fournir vos coordonnées :

Nom : _____
Numéro de téléphone : _____
Courriel : _____

Veuillez cliquer sur "Envoyer" pour terminer le questionnaire.

Votre participation a été très appréciée; nous vous en remercions grandement encore une fois!

[2] Cette invitation figurera à la dernière page des questionnaires en ligne.

uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Programme de doctorat en santé des populations

University of Ottawa
Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

PhD in Population Health Program

1 rue Stewart, pièce 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tél : 613.562.5691
Courriel: pop@uOttawa.ca

1 Stewart Street, Room 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tel.: 613.562.5691
E-mail: pop@uOttawa.ca

www.uOttawa.ca

Lettre d'information – Entrevue - Femme

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Chercheures principales

- Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A., Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
- Viola Polomeno, Inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa

Invitation à participer

Je suis invitée à participer à l'étude recherche mentionnée ci-dessus entreprise par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno. La participation des 2 membres du couple est nécessaire.

Mise en contexte et but de l'étude

En matière de sexopérinatalité (étude de l'intimité et de la sexualité des couples lors de la transition à la parentalité, de la conception à 2 ans post-partum), peu d'attention en recherche et en intervention a été portée aux expériences, aux besoins et aux services offerts aux couples parentaux, particulièrement en contexte linguistique minoritaire en Ontario.

L'objectif de cette étude est de faire une évaluation multidimensionnelle de 100 couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario par rapport à leur expérience sexuelle périnatale (vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse) et leurs besoins sexopérinataux.

Participation

En tant que participante, je suis invitée à participer à une entrevue d'une durée de 45 minutes qui abordera les thèmes suivants : mon expérience sexopérinatale ainsi que les besoins et services sexopérinataux pendant et après la grossesse.

Risques et bénéfices

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : « Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ? »). Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale) à travers les questions, mais je peux toujours choisir de refuser de répondre aux questions qui me dérangent ou me mettent mal à l'aise. Pour minimiser ce risque, les questions posées seront générales et optionnelles dans tous les cas. Si un inconfort persiste après l'entrevue, je pourrai contacter les ressources suivantes pour obtenir du soutien et des références : Ligne Info-Santé

uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Programme de doctorat en santé des populations

University of Ottawa
Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

PhD in Population Health Program

1 rue Stewart, pièce 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tél.: 613.562.5691
Courriel: pop@uOttawa.ca

1 Stewart Street, Room 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tel.: 613.562.5691
E-mail: pop@uOttawa.ca

www.uOttawa.ca

Publique Ottawa (sans frais : 1-866-426-8885); ou Télésanté Ontario, pour parler directement avec un(e) infirmier(ère) (1-866-797-0000).

En participant à cette étude, je contribue directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

Anonymat et confidentialité

En matière d'anonymat, un numéro de participant et un pseudonyme me seront attribués à des fins de recherches pour éviter mon identification. De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les enregistrements audio des entrevues seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même mon partenaire n'y aura pas accès).

Les données seront conservées informatiquement pendant 5 ans (du 30 avril 2015 au 30 avril 2020), puis seront détruites.

Droit à l'information et au retrait de l'étude

Ma participation à cette étude est volontaire ; je fais un choix libre et éclairé en décidant d'y participer. Je reste libre de me retirer en tout temps de cette étude, pour n'importe quelle raison, sans aucune conséquence. Si je choisis de me retirer et que certaines de mes données sont déjà transmises, elles seront détruites après avoir contacté les responsables de cette étude.

Contacts et questions à propos de l'étude

Si j'ai des considérations, des questions ou des commentaires, je n'hésiterai pas à contacter, à n'importe quel moment durant le déroulement de l'étude, l'une des deux chercheures principales :

- [redacted]
- [redacted]

Si j'ai des questions concernant la conduite morale de cette étude, je peux communiquer avec la responsable de déontologie en recherche à l'Université d'Ottawa : en personne au Pavillon Tabaret, rue 550 Cumberland, pièce 154, Ottawa (Ontario) ; par téléphone au 613-562-5397 ; ou par courriel au ethique@uottawa.ca.

Nous vous remercions de votre participation.

uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Programme de doctorat en santé des populations

University of Ottawa
Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

PhD in Population Health Program

1 rue Stewart, pièce 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tél : 613.562.5691
Courriel: pop@uOttawa.ca

1 Stewart Street, Room 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tel.: 613.562.5691
E-mail: pop@uOttawa.ca

www.uOttawa.ca

Formulaire de consentement – Entrevue – Femme

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Consentement

Je consens à participer à cette étude menée par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno de l'Université d'Ottawa. Les données provenant de cette étude contribueront directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

La collecte des données sera effectuée en seul temps entre 6 et 12 mois post-partum. Essentiellement, ma participation consistera à participer à une entrevue de 45 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire.

En matière d'anonymat, un numéro de participant et un pseudonyme me seront attribués à des fins de recherches pour éviter mon identification. De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les enregistrements audio des entrevues seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même mon partenaire n'y aura pas accès).

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : « Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ? »). Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale) à travers les questions, mais je peux toujours choisir de refuser de répondre aux questions qui me dérangent ou me mettent mal à l'aise. Pour minimiser ce risque, les questions posées seront générales et optionnelles dans tous les cas.

uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Programme de doctorat en santé des populations

University of Ottawa
Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

PhD in Population Health Program

1 rue Stewart, pièce 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tél : 613.562.5691
Courriel: pop@uOttawa.ca

1 Stewart Street, Room 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tel.: 613.562.5691
E-mail: pop@uOttawa.ca

www.uOttawa.ca

Si un inconfort persiste après l'entrevue, je pourrai contacter les ressources suivantes pour obtenir du soutien et des références : Ligne Info-Santé Publique Ottawa (sans frais : 1-866-426-8885); ou Télésanté Ontario, pour parler directement avec un(e) infirmier(ère) (1-866-797-0000).

En tout temps, je peux me retirer de cette étude pour n'importe quelle raison, sans aucune conséquence.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, une que je garderai.

→ J'ai lu attentivement la lettre d'information et ce formulaire et je comprends toute l'information qui y figure. En signant ce formulaire, je consens volontairement à participer à cette étude.

Signature de la participante :

_____

Date : _____

Signature de la chercheuse :

_____

Date : _____

Lettre d'information – Entrevue - Homme

uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Programme de doctorat en santé des populations

University of Ottawa
Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

PhD in Population Health Program

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Chercheures principales

- Catherine de Pierrepont, Sexologue B.A. et M.A., Candidate au Doctorat en Santé des Populations, Université d'Ottawa
- Viola Polomeno, Inf., Ph.D., Professeure agrégée, École des Sciences Infirmières, Université d'Ottawa

Invitation à participer

Je suis invité à participer à l'étude recherche mentionnée ci-dessus entreprise par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno. La participation des 2 membres du couple est nécessaire.

Mise en contexte et but de l'étude

En matière de sexopérinatalité (étude de l'intimité et de la sexualité des couples lors de la transition à la parentalité, de la conception à 2 ans post-partum), peu d'attention en recherche et en intervention a été portée aux expériences, aux besoins et aux services offerts aux couples parentaux, particulièrement en contexte linguistique minoritaire en Ontario.

L'objectif de cette étude est de faire une évaluation multidimensionnelle de 100 couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario par rapport à leur expérience sexuelle périnatale (vécu intime et sexuel du couple pendant et après la grossesse) et leurs besoins sexopérinataux.

Participation

En tant que participant, je suis invité à participer à une entrevue d'une durée de 45 minutes qui abordera les thèmes suivants : mon expérience sexopérinatale ainsi que les besoins et services sexopérinataux pendant et après la grossesse.

Risques et bénéfices

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : « Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ? »). Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale) à travers les questions, mais je peux toujours choisir de refuser de répondre aux questions qui me dérangent ou me mettent mal à l'aise. Pour minimiser ce risque, les questions posées seront générales et optionnelles dans tous les cas. Si un inconfort persiste après l'entrevue, je pourrai contacter les ressources suivantes pour obtenir du soutien et des références : Ligne Info-Santé

1 rue Stewart, pièce 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tél.: 613.562.5691
Courriel: pop@uOttawa.ca

1 Stewart Street, Room 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tel.: 613.562.5691
E-mail: pop@uOttawa.ca

www.uOttawa.ca

uOttawa

Université d'Ottawa
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Programme de doctorat en santé des populations

University of Ottawa
Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

PhD in Population Health Program

1 rue Stewart, pièce 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tél.: 613.562.5691
Courriel: pop@uOttawa.ca

1 Stewart Street, Room 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tel.: 613.562.5691
E-mail: pop@uOttawa.ca

www.uOttawa.ca

Publique Ottawa (sans frais : 1-866-426-8885); ou Télésanté Ontario, pour parler directement avec un(e) infirmier(ère) (1-866-797-0000).

En participant à cette étude, je contribue directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

Anonymat et confidentialité

En matière d'anonymat, un numéro de participant et un pseudonyme me seront attribués à des fins de recherches pour éviter mon identification. De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les enregistrements audio des entrevues seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même ma partenaire n'y aura pas accès).

Les données seront conservées informatiquement pendant 5 ans (du 30 avril 2015 au 30 avril 2020), puis seront détruites.

Droit à l'information et au retrait de l'étude

Ma participation à cette étude est volontaire ; je fais un choix libre et éclairé en décidant d'y participer. Je reste libre de me retirer en tout temps de cette étude, pour n'importe quelle raison, sans aucune conséquence. Si je choisis de me retirer et que certaines de mes données sont déjà transmises, elles seront détruites après avoir contacté les responsables de cette étude.

Contacts et questions à propos de l'étude

Si j'ai des considérations, des questions ou des commentaires, je n'hésiterai pas à contacter, à n'importe quel moment durant le déroulement de l'étude, l'une des deux chercheures principales :

- [redacted]
- [redacted]

Si j'ai des questions concernant la conduite morale de cette étude, je peux communiquer avec la responsable de déontologie en recherche à l'Université d'Ottawa : en personne au Pavillon Tabaret, rue 550 Cumberland, pièce 154, Ottawa (Ontario) ; par téléphone au 613-562-5397 ; ou par courriel au ethique@uottawa.ca.

Nous vous remercions de votre participation.

Formulaire de consentement – Entrevue - Homme

uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

Université d'Ottawa
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Programme de doctorat en santé des populations

University of Ottawa
Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

PhD in Population Health Program

Titre du projet

Évaluation multidimensionnelle de l'expérience sexopérinatale des couples parentaux francophones en milieu minoritaire de la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario

Consentement

Je consens à participer à cette étude menée par Catherine de Pierrepont et Viola Polomeno de l'Université d'Ottawa. Les données provenant de cette étude contribueront directement à l'augmentation des connaissances en sexopérinatalité chez les couples parentaux francophones en Ontario. Une meilleure orientation des soins et des services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes en découlera, tout comme des recommandations aux professionnels de la santé et décideurs impliqués en périnatalité concernant les soins et les services offerts aux futures et nouvelles familles ontariennes.

La collecte des données sera effectuée en seul temps entre 6 et 12 mois post-partum. Essentiellement, ma participation consistera à participer à une entrevue de 45 minutes. La participation des 2 membres du couple est nécessaire.

En matière d'anonymat, un numéro de participant et un pseudonyme me seront attribués à des fins de recherches pour éviter mon identification. De plus, aucun nom dans les écrits ou dans les communications liées à l'étude ne sera mentionné. Toutes mes informations recueillies resteront donc anonymes en tout temps.

Pour ce qui est de la confidentialité, les informations personnelles telles mon nom et mes informations de contact (numéro de téléphone et courriel) recueillis lors du consentement ne seront accessibles qu'aux deux chercheuses principales et feront l'objet d'un document sécurisé et indépendant des données. De plus, tous les enregistrements audio des entrevues seront conservés sur un serveur et un ordinateur sécurisé auxquels seules les deux chercheuses principales pourront accéder. Seules les deux chercheures auront accès à mes données (même ma partenaire n'y aura pas accès).

Certaines questions peuvent être sensibles, délicates et de nature privée (exemple : « Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ? »). Par le fait même, un risque d'inconfort psychologique ou émotionnel peut être ressenti quand au contenu sensible du sujet (sexualité périnatale) à travers les questions, mais je peux toujours choisir de refuser de répondre aux questions qui me dérangent ou me mettent mal à l'aise. Pour minimiser ce risque, les questions posées seront générales et optionnelles dans tous les cas. Si un inconfort persiste après l'entrevue, je pourrai contacter les ressources suivantes pour obtenir du soutien et des

1 rue Stewart, pièce 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tél.: 613.562.5691
Courriel: pop@uOttawa.ca

1 Stewart Street, Room 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tel.: 613.562.5691
E-mail: pop@uOttawa.ca

www.uOttawa.ca

références : Ligne Info-Santé Publique Ottawa (sans frais : 1-866-426-8885); ou Télésanté Ontario, pour parler directement avec un(e) infirmier(ère) (1-866-797-0000).

En tout temps, je peux me retirer de cette étude pour n'importe quelle raison, sans aucune conséquence.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, une que je garderai.

→ J'ai lu attentivement la lettre d'information et ce formulaire et je comprends toute l'information qui y figure. En signant ce formulaire, je consens volontairement à participer à cette étude.

Signature du participant :

_____

Date : _____

Signature de la chercheuse :

_____

Date : _____

uOttawa
Université canadienne
Canada's university

Université d'Ottawa
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Programme de doctorat en santé des populations

University of Ottawa
Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

PhD in Population Health Program

1 rue Stewart, pièce 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tél.: 613.562.5691
Courriel: pop@uOttawa.ca

1 Stewart Street, Room 302B
Ottawa, ON K1N 6N5 Canada

Tel.: 613.562.5691
E-mail: pop@uOttawa.ca

www.uOttawa.ca

ANNEXE 16

Tableau des participants – Questionnaire

Récapitulatif:

Ÿ 69 couples recrutés

Ÿ 67 couples ont répondu au Q FS (134 participants)

Ÿ 2 femmes ont des Q FS incomplets; leurs conjoints n'ont pas entamé/répondu au Q FS

Ÿ 5 entrevues de couples (10 participants en tout)

Sexe	Numéro	Date d'envoi	Statut	1er rappel	2e rappel	3e rappel	Entrevue
F	001-F	6 nov. 2013	C	-	-	-	Oui - 20 janvier
H	001-H	6 nov. 2013	C	-	-	-	
F	002-F	22 déc. 2013	C	10 janv. 2014	24 janv. 2014	-	-
H	002-H	22 déc. 2013	C	10 janv. 2014	24 janv. 2014	-	
F	003-F	24 janv. 2014	C	14 févr. 2014	3 mars 2014	25 mars 2014	-
H	003-H	24 janv. 2014	C	14 févr. 2014	3 mars 2014	25 mars 2014	
F	004-F	24 janv. 2014	C	-	-	-	Oui - 4 février
H	004-H	24 janv. 2014	C	-	-	-	
F	005-F	28 janv. 2014	C	-	-	-	Oui : 16 avril
H	005-H	28 janv. 2014	C	14 févr. 2014	-	-	
F	006-F	30 janv. 2014	C	14 févr. 2014	-	-	-
H	006-H	30 janv. 2014	C	14 févr. 2014	3 mars 2014	25 mars 2014	
F	007-F	27 fév. 2014	C	-	-	-	-
H	007-H	27 fév. 2014	C	25 mars 2014	2 avr. 2014	10 avr. 2014	
F	008-F	1er avril 2014	C	-	-	-	Oui : 8 mai
H	008-H	1er avril 2014	C	10 avr. 2014	24 avr. 2014	6 mai 2014	
F	009-F	3 avr. 2014	C	10 avr. 2014	24 avr. 2014	17 mai 2014	-
H	009-H	3 avr. 2014	C	10 avril 204	24 avr. 2014	6 mai 2014	
F	010-F	16 avr. 2014	I	6 mai 2014	17 mai 2014	27 mai 2014	-
H	010-H	16 avr. 2014	-	6 mai 2014	17 mai 2014	27 mai 2014	
F	011-F	24 avr. 2014	I	6 mai 2014	17 mai 2014	27 mai 2014	-
H	011-H	24 avr. 2014	-	6 mai 2014	17 mai 2014	27 mai 2014	

F	012-F	25 avr. 2014	C	6 mai 2014	-	-	-
H	012-H	25 avr. 2014	C	6 mai 2014	17 mai 2014	27 mai 2014	
F	013-F	27 avr. 2014	C	6 mai 2014	-	-	Oui : 21 août
H	013-H	27 avr. 2014	C	6 mai 2014	17 mai 2014	27 mai 2014	
F	014-F	6 mai 2014	C	-	-	-	-
H	014-H	6 mai 2014	C	-	-	-	
F	015-F	6 mai 2014	C	-	-	-	-
H	015-H	6 mai 2014	C	-	-	-	
F	016-F	6 mai 2014	C	-	-	-	-
H	016-H	6 mai 2014	C	-	-	-	
F	017-F	6 mai 2014	C	-	-	-	-
H	017-H	6 mai 2014	C	-	-	-	
F	018-F	6 mai 2014	C	-	-	-	-
H	018-H	6 mai 2014	C	-	-	-	
F	019-F	6 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	-
H	019-H	6 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	
F	020-F	6 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	-
H	020-H	6 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	
F	021-F	6 mai 2014	C	-	-	-	-
H	021-H	6 mai 2014	C	-	-	-	
F	022-F	6 mai 2014	C	-	-	-	-
H	022-H	6 mai 2014	C	-	-	-	
F	023-F	6 mai 2014	C	-	-	-	-
H	023-H	6 mai 2014	C	-	-	-	
F	024-F	6 mai 2014	C	-	-	-	-
H	024-H	6 mai 2014	C	-	-	-	
F	025-F	6 mai 2014	C	-	-	-	-

H	025-H	6 mai 2014	C	-	-	-	
F	026-F	6 mai 2014	C	-	-	-	-
H	026-H	6 mai 2014	C	-	-	-	
F	027-F	8 mai 2014	C	-	-	-	-
H	027-H	8 mai 2014	C	-	-	-	
F	028-F	8 mai 2014	C	-	-	-	-
H	028-H	8 mai 2014	C	-	-	-	
F	029-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	-
H	029-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	
F	030-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	-
H	030-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	
F	031-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	-
H	031-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	
F	032-F	8 mai 2014	C	-	-	-	-
H	032-H	8 mai 2014	C	-	-	-	
F	033-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	-
H	033-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	
F	034-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	-	-	-
H	034-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	-	-	
F	035-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	-
H	035-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	
F	036-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	-
H	036-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	
F	037-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	-	-	-
H	037-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	-	-	
F	038-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	-	-	-
H	038-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	-	-	

F	039-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	-
H	039-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	
F	040-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	-
H	040-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	-	
F	041-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	-
H	041-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	
F	042-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	-
H	042-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	
F	043-F	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	-
H	043-H	8 mai 2014	C	17 mai 2014	27 mai 2014	4 juin 2014	
F	044-F	10 juin 2014	C	-	-	-	-
H	044-H	10 juin 2014	C	-	-	-	
F	045-F	10 juin 2014	C	-	-	-	-
H	045-H	10 juin 2014	C	-	-	-	
F	046-F	10 juin 2014	C	-	-	-	-
H	046-H	10 juin 2014	C	-	-	-	
F	047-F	10 juin 2014	C	-	-	-	-
H	047-H	10 juin 2014	C	-	-	-	
F	048-F	10 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	-
H	048-H	10 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	
F	049-F	11 juin 2014	C	-	-	-	-
H	049-H	11 juin 2014	C	-	-	-	
F	050-F	11 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	-
H	050-H	11 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	
F	051-F	11 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	-
H	051-H	11 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	
F	052-F	12 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	-
H	052-H	12 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	

F	053-F	12 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	-
H	053-H	12 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	
F	054-F	18 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	-
H	054-H	18 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	
F	055-F	18 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	-
H	055-H	18 juin 2014	C	25 juin 2014	-	-	
F	056-F	25 juin 2014	C	-	-	-	-
H	056-H	25 juin 2014	C	-	-	-	
F	057-F	25 juin 2014	C	-	-	-	-
H	057-H	25 juin 2014	C	-	-	-	
F	058-F	25 juin 2014	C	-	-	-	-
H	058-H	25 juin 2014	C	-	-	-	
F	059-F	2 juil. 2014	C	-	-	-	-
H	059-H	2 juil. 2014	C	-	-	-	
F	060-F	2 juil. 2014	C	-	-	-	-
H	060-H	2 juil. 2014	C	-	-	-	
F	061-F	2 juil. 2014	C	8 juil. 2014	-	-	-
H	061-H	2 juil. 2014	C	8 juil. 2014	-	-	
F	062-F	2 juil. 2014	C	8 juil. 2014	-	-	-
H	062-H	2 juil. 2014	C	8 juil. 2014	-	-	
F	063-F	2 juil. 2014	C	8 juil. 2014	-	-	-
H	063-H	2 juil. 2014	C	8 juil. 2014	-	-	
F	064-F	15 juil. 2014	C	23 juil. 2014	31 juil. 2014	11 août 2014	-
H	064-H	15 juil. 2014	C	23 juil. 2014	31 juil. 2014	11 août 2014	
F	065-F	15 juil. 2014	C	23 juil. 2014	31 juil. 2014	11 août 2014	-
H	065-H	15 juil. 2014	C	23 juil. 2014	31 juil. 2014	11 août 2014	
F	066-F	15 juil. 2014	C	23 juil. 2014	31 juil. 2014	11 août 2014	-

H	066-H	15 juil. 2014	C	23 juil. 2014	31 juil. 2014	11 août 2014	
F	067-F	15 juil. 2014	C	23 juil. 2014	31 juil. 2014	11 août 2014	-
H	067-H	15 juil. 2014	C	23 juil. 2014	31 juil. 2014	11 août 2014	
F	068-F	23 juil. 2014	C	31 juil. 2014	11 août 2014	20 août 2014	-
H	068-H	23 juil. 2014	C	31 juil. 2014	11 août 2014	20 août 2014	
F	069-F	23 juil. 2014	C	31 juil. 2014	11 août 2014	20 août 2014	-
H	069-H	23 juil. 2014	C	31 juil. 2014	11 août 2014	20 août 2014	

ANNEXE 17

Tableau des participants – Entrevue

# Entrevue	# Couple	Lieu	Date	Heure	Durée de l'enregistrement	Nombre de pages de verbatim	Temps de transcription de verbatim
1	001	maison du couple	20 janvier 2014	19h15 à 20h00	26 minutes	14	4 heures
2	004	maison du couple	4 février 2014	20h00 à 21h15	45 minutes	31	8 heures et 30 minutes
3	005	maison du couple	16 avril 2014	18h00 à 19h30	59 minutes	51	9 heures et 30 minutes
4	008	maison du couple	8 mai 2014	19h30 à 21h00	57 minutes	32	7 heures
5	013	salle privée à la bibliothèque de l'Université d'Ottawa	21 août 2014	18h30 à 20h	52 minutes	34	7 heures

ANNEXE 18

Résultats quantitatifs

1. a) Socio-démo

Complétion du questionnaire - @_completed

- F : 67
    - NB : 69 femmes recrutées, mais 2 incomplets mis de côté ; conjoints n'ont pas entamé Q
- H : 67
- G : 134 (100)

Temps de complétion du questionnaire - @_completion_time

	F	H	G
Étendue	34 minutes et 34 secondes à 1 heure, 11 minutes et 19 secondes	36 minutes et 47 secondes à 1 heures, 15 minutes et 3 secondes	34 minutes et 34 secondes à 1 heures, 15 minutes et 3 secondes
Moyenne	51 minutes et 13 secondes	51 minutes et 37 secondes	51 minutes et 25 secondes
Écart type	9 minutes et 19 secondes	10 minutes et 5 secondes	9 minutes et 40 secondes

J'ai lu attentivement la lettre d'information et ce formulaire et je comprends toute l'information qui y figure. - luetcompris

- F : 67
- H : 67
- G : 134 (100)

Je consens volontairement à participer à cette étude. - cons

- F : 67
- H : 67
- G : 134 (100)

Sexe du/de la participant(e) - sexe

- F : 67
- H : 67
- G : 134 (100)

Numéro de participant(e) - nopart

- F : 001-F à 009-F et 012-F à 069-F
- H : 001-H à 009-H et 012-H à 069-H

Quel âge avez-vous? - age

	F	H	G
22 à 27 ans	5 (7,5%)	2 (3,0%)	7 (5,2%)
28 à 33 ans	47 (70,1%)	36 (53,7%)	83 (61,9%)

34 à 39 ans	15 (22,4%)	29 (43,3%)	44 (32,8%)

Êtes-vous née au Canada? - necdn

	F	H	G
Oui	58 (86,6%)	59 (88,1%)	117 (87,3%)
Non	9 (13,4%)	8 (11,9%)	17 (12,7%)

Si vous avez répondu "Non" à la question précédente : Quel est votre pays d'origine ? - neautrecdn_pays

	F : 9 (13,4%)	H : 8 (11,9%)	G : 17 (12,7%)
Allemagne	1	-	1
Burkina Faso	1	-	1
Burkina Faso/France	-	1	1
France	1	2	3
Haïti	2	1	3
Mali	2	3	5
Sénégal	1	1	2
Ukraine	1	-	1

Si vous avez répondu "Non" à la question précédente : Depuis combien de temps vivez-vous au Canada ? - neautrecdn_tps

	F : 9 (13,4%)	H : 8 (11,9%)	G : 17 (12,7%)
Étendue	3 ans à 15 ans	5 ans à 10 ans	3 ans à 15 ans
• 3 ans	1	-	1
• 4 ans	1	-	1
• 5 ans	2	4	6
• 6 ans	1	1	2
• 8 ans	1	-	1
• 9 ans	1	1	2
• 10 ans	-	2	2
• 15 ans	2	-	2
Moyenne	7,89 ans	6,88 ans	7,41 ans
Écart type	4,54 ans	2,36 ans	3,61 ans

Quelle est votre citoyenneté ? - citoy

	F	H	G
Citoyen(ne) canadien(ne)	65 (97,0%)	66 (98,5%)	131 (97,8%)
Résident(e) permanent(e)	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
Visa d'étudiant(e)	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
Refuse de répondre	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

Citoyenneté autre : préciser - ~~citoy_autre~~

Quelle est votre origine ethnique/culturelle ? - orieth / orieth_autre

	F	H	G

Canadienne	56 (83,6%)	56 (83,6%)	112 (83,6%)
Allemande	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
Française	1 (1,5%)	2 (3,0%)	3 (2,2%)
Haïtienne	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)
Africaine • Malienne : • Sénégalaise :	3 (4,5%) 2 (3,0%) 1 (1,5%)	4 (6,0%) 3 (4,5%) 1 (1,5%)	7 (5,2%)
Autochtone • *DM :*	1 (1,5%) 1 (1,5)	-	1 (0,7%)
Autre	3 (4,5%) • Québécoise : 2 (3,0%) • Ukrainienne : 1 (1,5%)	3 (4,5%) • Afro-Européenne : 1 (1,5%) • Québécoise : 2 (3,0%)	6 (4,5%) • Afro-Européenne : 1 (0,7%) • Québécoise : 4 (3,0%) • Ukrainienne : 1 (0,7%)

Quel est votre statut civil ? - statciv

	F	H	G
Marié(e)	52 (77,6%)	52 (77,6%)	104 (77,6%)
Union de fait	15 (22,4%)	15 (22,4%)	30 (22,4%)

Statut civil autre : préciser - ~~statciv_autre~~

Dans quelle ville habitez-vous? - ville

	F	H	G
Alexandria	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Alfred	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Casselman	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)
Cornwall	5 (7,5%)	5 (7,5%)	10 (7,5%)
Embrun	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)
Hawkesbury	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)
Limoges	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)
Nepean	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)
Ottawa	42 (62,7%)	42 (62,7%)	84 (62,6%)
Plantagenet	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Rockland	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,4%)
Vars	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)

Vivez-vous avec le père de votre enfant ? - vitavec

- F : 67
- H : 67
- G : 134 (100%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente : Depuis combien de temps ? - tpsvitavec

	F	H	G
Étendue	2 ans à 12 ans	2 à 12 ans	2 à 12 ans
Moyenne	4,9 ans	5 ans	4,9 ans
Écart type	2,42 ans	2,50 ans	2,46 ans
2 ans	8 (11,9%)	8 (11,9%)	16 (11,9%)
2 ans et demie	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
3 ans	14 (20,9%)	14 (20,9%)	28 (20,9%)
3 ans et demie	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
4 ans	12 (17,9%)	9 (13,4%)	21 (15,7%)
4 ans et demie	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5)
5 ans	11 (16,4%)	12 (17,9%)	23 (17,2%)
6 ans	3 (4,5%)	4 (6,0%)	7 (5,2%)
6 ans et demie	1 (1,5)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
7 ans	4 (6,0%)	4 (6,0%)	8 (6,0%)
8 ans	5 (7,5%)	5 (7,5%)	10 (7,5%)
9 ans	-	1 (1,5%)	1 (0.7%)
10 ans	5 (7,5%)	4 (6,0%)	9 (6,7%)
11 ans	-	1 (1,5%)	1 (0.7%)
12 ans	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)

Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété ? - etudes

	F	H	G
Secondaire (incluant des études professionnelles)	8 (11,9%)	2 (3,0%)	10 (7,5%)
Collégial	10 (14,9%)	8 (11,9%)	18 (13,4%)
Universitaire (baccalauréat)	39 (58,2%)	32 (47,8%)	71 (53,0%)
Études supérieures (2e cycle, maîtrise, doctorat, post-doctorat)	10 (14,9%)	25 (37,3%)	35 (26,1%)

Études autre : préciser - ~~etudes_autre~~

Pour la dernière année, à combien estimez-vous le revenu familial total provenant de toutes les sources, avant impôts et déductions (brut) ? - revfam

	F	H	G
40 000$ à 59 999$	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
60 000$ à 79 999$	14 (20,9%)	15 (22,4%)	29 (21,6%)
80 000$ à 99 999$	18 (26,9%)	17 (25,4%)	35 (26,1%)
100 000$ et plus	33 (49,3%)	31 (46,3%)	64 (47,8%)
Je ne sais pas	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
Je préfère ne pas	-	4 (6,0%)	4 (3,0%)

répondre			

À quelle confession religieuse appartenez-vous? - confrel

	F	H	G
Catholique romaine	39 (58,2%)	39 (58,2%)	78 (58,2%)
Protestante - *DM*	1 (1,5%) 1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
Chrétienne orthodoxe	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
Musulmane	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)
Aucune religion	22 (32,8%)	24 (35,8%)	46 (34,3%)
Je préfère ne pas répondre	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)

Confession religieuse autre : préciser - ~~confrel_autre~~

Quelle(s) langue(s) comprenez-vous ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - langcomp_f / langcomp_a

	F	H	G
Comprend le français	67 (100%)	67 (100%)	134 (100%)
Comprend l'anglais	65 (97,0%)	66 (98,5%)	131 (97,8%)
Comprend autre langue	10 (14,9%)	12 (17,9%)	22 (16,4%)

Autre langue comprise : préciser - langcomp_autreprec

	F : 10 (14,9%)	H : 12 (17,9%)	G : 22 (16,4%)
Allemand	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Allemand et russe	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
Bambara	2 (3,0%)	3 (4,5%)	5 (3,7%)
Créole	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)
Dioula	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
Espagnol	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)
Espagnol et italien	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Espagnol et Mooré	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Maori	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Russe	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Ukrainien et Russe	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
Wolof	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)

Quelle est votre langue maternelle ? - langmat / langmat_autre

	F	H	G
Français	65 (97,0%)	67 (100%)	132 (98,5%)
Anglais	-	-	-
Autre - Allemand	2 (3,0%) 1	-	2 (1,5%)

- Ukrainien et Français car ma mère est ukrainienne et mon père français, donc on parlait les deux langues à la maison	1		

Quelle langue parlez-vous le plus souvent au travail ou à l'extérieur de la maison ? - langtrext / langtrext_autre

	F	H	G
Français	25 (37,3%)	11 (16,4%)	36 (26,9%)
Anglais	41 (61,2%)	55 (82,1%)	96 (71,6%)
Autre - Anglais et Français	1 (1,5%) 1	1 (1,5%) 1	2 (1,5%)

Quelle langue parlez-vous le plus souvent à la maison ? - langmaison

	F	H	G
Français	66 (98,5%)	66 (98,5%)	132 (98,5%)
Anglais	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Autre -	-	-	-

Langue parlée à la maison autre : préciser - ~~langmaison_autre~~

Dans quelle langue préférez-vous recevoir des services de santé ? - langpss / langpss_autre

	F	H	G
Français	65 (97,0%)	65 (97,0%)	130 (97,0%)
Anglais	1 (1,5%)	2 (%)	3 (2,2%)
Autre - Pas d'importance	1 (1,5%) 1	-	1 (0,7%)

- F : 1 (1,5%)
  - Pas d'importance : 1 (1,5%)
- ~~H :~~
- G : 1 (0,7%)

Quelle langue utilisez-vous pour recevoir des services de santé ? - languss / languss_autre

	F	H	G
Français	40 (59,7%)	38 (56,7%)	78 (58,2%)
Anglais	25 (37,3%)	28 (41,8%)	53 (39,6%)
Autre - Ça dépend où je vais, mais anglais majoritairement - Français et anglais, dépendant où je consulte - Les deux	2 (3,0%) 1 1	1 (1,5%) 1	3 (2,2%)

À quel groupe linguistique vous identifiez-vous ? - grling / grling_autre

	F	H	G
Francophone	66 (98,5%)	67 (100%)	133 (99,3%)
Anglophone	-	-	-
Autre - Francophone et ukrainienne	1 (1,5%) 1	-	1 (0,7%)

Commentaires - comm1

- F : 2 commentaires
  - 1 : en Ontario, je considère que je suis francophone et ukrainienne
  - 1 : Je me considère francophone puisque c'est la langue que je parle le plus maintenant
- H : 1 commentaire
  - S/0

1. b) Portrait périnatal

Avez-vous eu recours à des médicaments stimulateurs de la fertilité ou à des traitements d'infertilité pour cette grossesse ? Si oui, préciser lesquels - medfert / medfert_prec

- Oui : 7 (10,4% des F)
    - Fécondation in vitro : 7 (10,4%)
- Non : 60 (89,6% des F)

Était-ce une grossesse planifiée ? / Était-ce une grossesse désirée ? - grplan / grdesir

	F	H	G
Grossesse planifiée	52 (77,6%)	52 (77,6%)	104 (77,6%)
Grossesse non planifiée	15 (22,4%)	15 (22,4%)	30 (22,4%)
Grossesse désirée	65 (97,0%)	66 (98,5%)	131 (97,8%)
Grossesse non désirée	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)

Vous avez accouché à : - lieuacc

- Hôpital : 63 (94,0% des F)
- Maison : 4 (6,0% des F)

Avec qui avez-vous accouché ? - profacc

- Docteur/gynécologue : 59 (88,1% des F)
- Sage-femme : 8 (11,9% des F)

Avez-vous eu recours à une anesthésie (péridurale) lors de l'accouchement ? - anesacc

- Oui : 44 (65,7% des F)
- Non : 23 (34,3% des F)

Qui était présent à l'accouchement ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - quiacc_conj / quiacc_ent / ~~quiacc_enf~~ / quiacc_doula

- Conjoint : 67 (100% des F)
- Entourage : 5 (7,5% des F)
- Doula : 1 (1,5% des F)

Avez-vous assisté à l'accouchement? - h_assacc

- Oui : 65 (97,0% des H)
- Non : 2 (3,0% des H)

Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente, veuillez répondre aux deux questions suivantes : / Aviez-vous envie d'y assister? - h_envieassacc

- Oui : 48 (71,6% des H)

- Non : 18 (26,9% des H)
- *DM :* 1 (1,5% des H)

Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente, veuillez répondre aux deux questions suivantes : / Vous êtes-vous senti obligé d'y assister? - h_obligassacc

- Oui : 24 (35,8% des H)
- Non : 42 (62,7% des H)
- *DM :* 1 (1,5% des H)

Allaitez ou allaitiez-vous : / Si vous allaitez ou allaitiez au sein, était-ce un allaitement : - alltype / allsoustype

- Sein : 50 (74,6% des F)
    - Exclusif (sein uniquement) : 42 (62,7% des F / 84,0% des F allaitant au sein)
    - Mixte (sein et préparation lactée) : 8 (11,9% des F / 16% des F allaitant au sein)
- Biberon : 17 (25,4%)

Si vous allaitez encore au sein, jusqu'à quand prévoyez-vous le faire? - alltps

- 30 réponses des 50 femmes allaitant au sein (30 femmes allaitent toujours au sein) :
    - 9 mois : 2
    - 10 mois : 3
    - 12 mois : 19
    - 15 mois : 2
    - autant que je peux/le plus longtemps possible : 2
    - pas de date précise : 1
- Moyenne (sans 3 réponses non calculables) : 11,8 mois
- Écart type : 1,36 mois

Si vous n'allaitez plus, votre enfant avait quel âge quand vous avez cessé? - allarret

- 20 réponses des 50 femmes allaitant au sein (20 femmes ont allaité au sein) :
    - 3 mois et demie : 1
    - 5 mois : 1
    - 6 mois : 3
    - 7 mois : 2
    - 8 mois : 4
    - 9 mois : 6
    - 10 mois : 2
    - 11 mois et demie : 1
- Moyenne : 7,9 mois
- Écart type : 1,91 mois

Votre accouchement a eu lieu à combien de semaines de grossesse ? - semgr

- Étendue : 36 semaines et 2 jours à 42 semaines et 1 jour
    - 36 semaines et 2 jours : 1
    - 36 semaines et 4 jours : 1

    - 38 semaines : 4
    - 38 semaines et 2 jours : 3
    - 38 semaines et 3 jours : 4
    - 38 semaines et 4 jours : 1
    - 38 semaines et 6 jours : 2
    - 39 semaines : 2
    - 39 semaines et 2 jours : 2
    - 39 semaines et 3 jours : 3
    - 39 semaines et 4 jours : 3
    - 39 semaines et 5 jours : 5
    - 39 semaines et 6 jours : 5
    - 40 semaines : 7
    - 40 semaines et 1 jour : 7
    - 40 semaines et 2 jours : 5
    - 40 semaines et 3 jours : 2
    - 40 semaines et 4 jours : 3
    - 41 semaines : 2
    - 41 semaines et 1 jour : 1
    - 41 semaines et 3 jours : 1
    - 41 semaines et 5 jours : 1
    - 42 semaines (9 mois et 2 semaines = 40 semaines de grossesse + 2 extras): 1
    - 42 semaines et 1 jour : 1
- Moyenne : 39 semaines et 4 jours
- Écart type : 1,10 semaines

Combien d'heure(s) a duré le travail et l'accouchement (de la première contraction jusqu' à la sortie du bébé)? - tpsacc

- Étendue : 3 heures à 37 heures pour les 45 femmes ayant accouché par voie vaginale (sans compter les 22 césariennes planifiées et d'urgence)
    - 3 heures : 1
    - 4 heures et 27 minutes : 1
    - 8 heures : 1
    - 11 heures : 1
    - 12 heures : 1
    - 13 heures : 1
    - 14 heures : 2
    - 15 heures : 1
    - 16 heures : 2
    - 17 heures : 4
    - 18 heures : 3
    - 19 heures et 30 minutes : 1
    - 20 heures : 1
    - 21 heures : 3
    - 22 heures : 2
    - 23 heures : 2
    - 25 heures : 5

    - 26 heures : 2
    - 27 heures : 1
    - 28 heures : 2
    - 29 heures : 2
    - 31 heures : 1
    - 32 heures : 1
    - 35 heures : 1
    - 36 heures : 2
    - 37 heures : 1
- Moyenne : 21,5 heures
- Écart type : 7,98 heures

Aviez-vous une situation particulière de grossesse ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - sitpargr_auc / sitpargr_dg / sitpargr_strep / sitpargr_gm / ~~sitpargr_pp~~ / sitpargr_hypert / sitpargr_travp / sitpargr_autre / sitpargr_autreprec

- Aucune : 29 (43,3% des F)
- Diabète gestationnel : 13 (19,4% des F)
- Streptocoque B : 19 (28,4% des F)
- Gestation multiple : 5 (7,5% des F)
- Hypertension : 10 (14,9% des F)
- Travail prématuré : 1 (1,5% des F)
- Autre : 2 (3,0% des F)
    - Induction: 2 (3,0% des F)
        - accouchement provoqué 2 semaines après la date prévue de l'accouchement
        - j'ai été provoquée 2 fois

Avez-vous vécu une situation particulière pendant le travail ou l'accouchement ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - sitparacc_auc / sitparacc_fiev / sitparacc_siege / sitparacc_epaul / sitparacc_retplac / sitparacc_arrtrav / sitparacc_decplac / sitparacc_autre / sitparacc_autreprec → situation particulière d'accouchement

- Aucune : 50 (74,6% des F)
- Fièvre : 6 (9,0% des F)
- Présentation par le siège : 2 (3,0% des)
- Présentation par l'épaule : 1 (1,5% des F)
- Arrêt de travail : 12 (17,9% des F)
- Autre : 2 (3,0% des F)
    - Présentation sunny side up, mais bébé s'est tourné avant de faire entrée dans le monde !
    - Travail trop long

Quel type d'accouchement avez-vous vécu ? - typeacc

- Vaginal spontané : 39 (58,2% des F)
- Vaginale avec ventouse : 5 (7,5% des F)
- Vaginal avec forceps : 1 (1,5% des F)

- Césarienne planifiée : 8 (11,9% des F)
- Césarienne non planifiée (d'urgence) : 14 (20,9% des F)

Regroupement des types d'accouchement - typeacc_2
- Vaginal : 45 (67,2% des F)
- Césarienne : 22 (32,8% des F)

Avez-vous subi une épisiotomie? - episio
- Oui : 7 (10,4% des F)
- Non : 60 (89,6% des F)

Avez-vous subi des lacérations et/ou des déchirures? / Si vous avez répondu "Oui" à la question précédente, à quel degré étaient les lacérations/déchirures? - lacdec / lacdecdeg

- Oui : 33 (49,3% des F)
  - 1er degré : 6 (9,0% des F / 18,2% des F avec déchirures)
  - 2e degré : 18 (26,9% des F / 54,5% des F avec déchirures)
  - 3e degré : 8 (11,9% des F / 24,2% des F avec déchirures)
  - 4e degré : 1 (1,5% des F / 3,0% des F avec déchirures)
- Non : 34 (50,7% des F)

Quels sont la date et l'heure de la naissance de votre enfant ? - datehreacc
- Dates d'accouchement :
  - 67 bébés nés entre janvier 2013 et mars 2014 ; 57 bébés nés en 2013 et 10 bébés nés en 2014
    - Janvier 2013 : 1
    - Février 2013 : 1
    - Mars 2013 : 2
    - Avril 2013 : 3
    - Juin 2013 : 2
    - Juillet 2013 : 7
    - Août 2013 : 5
    - Septembre 2013 : 11
    - Octobre 2013 : 5
    - Novembre 2013 : 10
    - Décembre 2013 : 10
    - Janvier 2014 : 6
    - Février 2014 : 3
    - Mars 2013 : 1
- Heure d'accouchement
  - De minuit à 05h59 : 10
  - 06h00 à 11h59 : 9
  - 12h00 (midi) à 17h59 : 26
  - 18h00 à 23h59 : 22

Présentement, quel âge a votre enfant? - agebb

- Étendue :
  - 6 mois : 20
  - 6 mois et demie : 1
  - 7 mois : 12
  - 8 mois : 4
  - 9 mois : 7
  - 10 mois : 9
  - 11 mois : 7
  - 12 mois : 7
- Moyenne : 8,3 mois
- Écart type : 2,15 mois

Avez-vous eu : - sexebb

- Garçon : 39 (58,2% des F)
- Fille : 23 (34,3% des F)
- Jumeaux : 5 (7,5% des F)

Quel était le poids de votre bébé à la naissance ? - poidsbb

- Étendue :
  - 5 lbs et 2 oz à 9 lbs et 1 oz
- Moyenne : 6 lbs et 15 oz
- Écart type : 1,01 lbs

Quelle est la durée totale de votre séjour à l'hôpital ? - dureesejhop

- Étendue (en enlevant les 4 accouchements à la maison) : 1 jour à 5 jours
  - 1 jour : 2
  - 1 jour et demie : 13
  - 2 jours : 20
  - 2 jours et demie : 6
  - 3 jours : 10
  - 3 jours et demie : 5
  - 4 jours : 5
  - 5 jours : 2
- Moyenne : 2,4 jours (environ 2 jours et demie)
- Écart type : 0,93 jours

Pendant la grossesse, avez-vous travaillé ? / Si vous avez répondu "Oui" à la question 20 a) :

Avez-vous travaillé à temps partiel ou à temps plein? - travailgr / travailgr_tps

- F
  - Oui : 61 (91,0%)
    - Temps plein : 55 (90,2% des 61 femmes ayant travaillé pendant la grossesse / 82,1% des 67 femmes en tout)

        - Temps partiel : 5 (8,2% des 61 femmes ayant travaillé pendant la grossesse / 7,5% des 67 femmes en tout)
        - Temps plein, puis temps partiel : 1 (1,6% des 61 femmes ayant travaillé pendant la grossesse / 1,5% des 67 femmes en tout)
    - Non : 6 (9,0%)
- H
    - Oui : 67 (100%)
        - Temps plein : 67 (100% des 67 hommes ayant travaillé pendant la grossesse)
        - ~~Temps partiel : (% des 67 hommes ayant travaillé pendant la grossesse)~~
    - ~~Non : 0 (%)~~
- G
    - Oui : 128 (95,5%)
        - Temps plein : 122 (95,3% des 128 personnes ayant travaillé pendant la grossesse / 91,0% des 134 personnes au total)
        - Temps partiel : 5 (3,9% des 128 personnes ayant travaillé pendant la grossesse / 3,7% des 134 personnes au total)
        - Temps plein, puis temps partiel : 1 (0,8% des 128 personnes ayant travaillé pendant la grossesse / 0,7% des 134 personnes au total)
    - Non : 6 (4,5%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 20 a) : À quel moment avez-vous arrêté de travailler? - travailgr_arret

- F
    - Étendue : 12 semaines de grossesse à 3 jours avant DPA
        - 12 semaines de grossesse : 2 (3,3% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 3,0% des 67 femmes en tout)
        - 15 semaines de grossesse : 6 (9,8% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 9,0% des 67 femmes en tout)
        - 17 semaines de grossesse : 1 (1,6% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 1,5% des 67 femmes en tout)
        - 20 semaines de grossesse : 2 (3,3% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 3,0% des 67 femmes en tout)
        - 21 semaines de grossesse : 1 (1,6% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 1,5% des 67 femmes en tout)
        - 30 semaines de grossesse : 1 (1,6% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 1,5% des 67 femmes en tout)
        - 32 semaines de grossesse : 4 (6,6% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 6,0% des 67 femmes en tout)
        - 34 semaines de grossesse : 5 (8,2% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 7,5% des 67 femmes en tout)
        - 35 semaines de grossesse : 9 (14,8% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 13,4% des 67 femmes en tout)
        - 36 semaines de grossesse : 17 (27,9% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 25,4% des 67 femmes en tout)

        - 37 semaines de grossesse : 7 (11,5% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 10,5% des 67 femmes en tout)
        - 38 semaines de grossesse : 4 (6,6% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 6,0% des 67 femmes en tout)
        - 3 jours avant la DPA : 2 (3,3% des 61 femmes ayant travaillé pendant leur grossesse / 3,0% des 67 femmes en tout)
    - Moyenne (en transformant les 2 « 3 jours avant la DPA » pour « 40 semaines ») : 31,8 semaines
    - Écart type : 8,15 semaines
- H
    - Étendue :
        - 1 jours avant DPA : 2 (3,0%)
        - 2 jours avant DPA : 2 (3,0%)
        - 3 jours avant DPA : 6 (9,0%)
        - 7 jours avant DPA : 5 (7,5%)
        - à l'accouchement/au début des contractions : 48 (71,6%)
        - aucun arrêt de travail : 1 (1,5%)
        - en post-partum, lors des vacances d'été : 2 (3,0%)
        - *DM* : 1 (1,5%)

Depuis l'accouchement, avez-vous recommencé à travailler ? / Si vous avez répondu "Oui" à la question 21 a) : Travaillez-vous à temps partiel ou à temps plein? - travailpp / travailpp_tps

- F
    - Oui : 15 (22,4%)
        - Temps plein : 13 (86,7% des 15 femmes ayant travaillé en pp / 19,4% des 67 femmes en tout)
        - Temps partiel : 2 (13,3% des 15 femmes ayant travaillé en pp / 3,0% des 67 femmes en tout)
    - Non : 52 (77,6%)
- H
    - Oui : 67 (100%)
        - Temps plein : 67 (100% des 67 hommes ayant travaillé en pp)
        - ~~Temps partiel :~~
    - ~~Non : 0 (%)~~
- G
    - Oui : 82 (61,2%)
        - Temps plein : 80 (97,6% des 82 personnes ayant travaillé en pp / 59,7% des 134 personnes au total)
        - Temps partiel : 2 (2,4% des 82 personnes ayant travaillé en pp / 1,5% des 134 personnes au total)
    - Non : 52 (38,8%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 21 a) : À quel moment avez-vous repris? - travailpp_reprise

- F : 15
  - Étendue : 3 à 12
    - 3 mois : 2 (13,3% des 15 femmes ayant repris le travail en pp / 3,0% des 67 femmes en tout)
    - 5 mois : 1 (6,7% des 15 femmes ayant repris le travail en pp / 1,5% des 67 femmes en tout)
    - 6 mois : 2 (13,3% des 15 femmes ayant repris le travail en pp / 3,0% des 67 femmes en tout)
    - 7 mois : 1 (6,7% des 15 femmes ayant repris le travail en pp / 1,5% des 67 femmes en tout)
    - 8 mois : 2 (13,3% des 15 femmes ayant repris le travail en pp / 3,0% des 67 femmes en tout)
    - 9 mois : 4 (26,7% des 15 femmes ayant repris le travail en pp / 6,0% des 67 femmes en tout)
    - 11 mois : 2 (13,3% des 15 femmes ayant repris le travail en pp / 3,0% des 67 femmes en tout)
    - 12 mois : 1 (6,7% des 15 femmes ayant repris le travail en pp / 1,5% des 67 femmes en tout)
  - Moyenne : 8 mois
  - Écart type : 2,64 mois
- H : 67
  - Étendue : aucun à 36 semaines (9 mois)
    - 0-Aucun : 1 (1,5%)
    - 4 jours (0,6 semaine) : 1 (1,5%)
    - 1 semaine : 6 (9,0%)
    - 2 semaines : 12 (17,9%)
    - 3 semaines : 10 (14,9%)
    - 4 semaines : 21 (31,3%)
    - 6 semaines : 1 (1,5%)
    - 8 semaines : 2 (3,0%)
    - 9 semaines : 1 (1,5%)
    - 12 semaines : 8 (11,9%)
    - 16 semaines : 1 (1,5%)
    - 24 semaines : 2 (3,0%)
    - 36 semaines : 1 (1,5%)
  - Moyenne : 5,5 semaines
  - Écart type : 6,18 semaines

Au total, à combien de temps estimez-vous votre congé de maternité/paternité ? - tpsconge

- F : 63 femmes ayant eu un congé de maternité postpartum + 4 mères au foyer
  - Étendue : 3 mois à 18 mois de congé de maternité postpartum (+ 4 mères au foyer)
    - 3 mois : 2 (3,0%)
    - 5 mois : 1 (1,5%)
    - 6 mois : 1 (1,5%)
    - 7 mois : 1 (1,5%)

        - 8 mois : 4 (6,0%)
        - 9 mois : 11 (16,4%)
        - 10 mois : 2 (3,0%)
        - 11,3 mois (49 semaines) : 1 (1,5%)
        - 11,5 mois (50 semaines) : 2 (3,0%)
        - 12 mois : 37 (55,2%)
        - 18 mois : 1 (1,5%)
    - Moyenne : 10,7 mois
    - Écart type : 2,43 mois
- H
    - Étendue : aucun à 36 semaines (9 mois) de congé de paternité postpartum
        - 0 –aucune semaine de congé : 1 (1,5%)
        - 1 semaine : 5 (7,5%)
        - 2 semaines : 10 (14,9%)
        - 3 semaines : 12 (17,9%)
        - 4 semaines : 19 (28,4%)
        - 5 semaines : 1 (1,5%)
        - 6 semaines : 2 (3,0%)
        - 8 semaines : 2 (3,0%)
        - 9 semaines : 1(1,5%)
        - 12 semaines : 8 (11,9%)
        - 13 semaines : 1 (1,5%)
        - 16 semaines : 1 (1,5%)
        - 24 semaines : 2 (3,0%)
        - 28 semaines : 1 (1,5%)
        - 36 semaines : 1 (1,5%)
    - Moyenne : 6,2 semaines
    - Écart type : 6,73 semaines

Avez-vous souffert de dépression post-partum? - deppp

	F	H	G
Oui	8 (11,9%)	4 (6,0%)	12 (9,0%)
Non	59 (88,1%)	63 (94,0%)	122 (91,0%)

Quelle a été votre perception de votre santé physique? Pendant la grossesse - percsphys_pre

	F	H	G
Excellente	30 (44,8%)	63 (94,0%)	93 (69,4%)
Très bonne	27 (40,3%)	1 (1,5%)	28 (20,9%)
Bonne	8 (11,9%)	3 (4,5%)	11 (8,2%)
Passable	2 (3,0%)	-	2 (1,5%)
Mauvaise	-	-	-

Quelle a été votre perception de votre santé physique? Après la grossesse - percsphys_post

	F	H	G
Excellente	16 (23,9%)	57 (85,1%)	73 (54,5%)
Très bonne	24 (35,8%)	5 (7,5%)	29 (21,6%)

Bonne	23 (34,3%)	4 (6,0%)	27 (20,1%)
Passable	4 (6,0%)	-	4 (3,0%)
Mauvaise	-	-	-
DM		1 (1,5%)	1 (0,7%)

Quelle a été votre perception de votre santé mentale? Pendant la grossesse - percsment_pre

	F	H	G
Excellente	42 (62,7%)	59 (88,1%)	101 (75,4%)
Très bonne	19 (28,4%)	6 (9,0%)	25 (18,7%)
Bonne	4 (6,0%)	1 (1,5%)	5 (3,7%)
Passable	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Mauvaise	-	-	-
DM	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)

Quelle a été votre perception de votre santé mentale? Après la grossesse - percsment_post

	F	H	G
Excellente	18 (26,9%)	26 (38,8%)	44 (32,8%)
Très bonne	30 (44,8%)	31 (46,3%)	61 (45,5%)
Bonne	12 (17,9%)	7 (10,4%)	19 (14,2%)
Passable	5 (7,5%)	2 (3,0%)	7 (5,2%)
Mauvaise	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)

Commentaires - comm2

- F : 6 (9,0%)
  - Pendant la grossesse, je travaillais plusieurs heures par semaine et mon travail était très stressant. Nous étions en train de construire notre maison et j'étais en pleine rédaction de ma thèse de maîtrise. Après la grossesse, j'avais beaucoup de fatigue accumulée, donc cela m'a pris un peu de temps à reprendre le dessus, je me sentais impatiente envers mon conjoint.
  - Les points de sutures de ma cicatrice ont été sensibles longtemps et le sont encore.
  - Question 24: Beaucoup de temps à guérir de l''accouchement. Ceci a change la perception que j avais de mon corps. Je pensais que mon système immunitaire aurait été meilleur!
  - mon mari a été présent pour le début des contraction mais est pas venu avec moi dans la salle pour la césarienne
  - Je suis juste très fatiguée depuis l'arrivée des enfants!
  - la déchirure a pris beaucoup de temps à cicatriser et à ne plus faire mal
- H : 5 (7,5%)
  - Juste l'ajustement avec le sommeil et la nouvelle routine.
  - S/O
  - Ma femme a fait une petite dépression postpartum qui m'a affecté un peu
  - Ma conjointe a eu une dépression post-partum et j'ai dû m'occuper du bébé pendant quelques mois et d'elle aussi pour que tout aille bien. Ça a été éprouvant du point de vue mental

    - j'ai fait une mini-dépression de quelques semaines quand je suis retourné au travail, mais je n'ai pas été officiellement diagnostiqué. comme c'était après l'accouchement et à mon retour au travail, je considère que c'est une dépression postpartum
- G : 11 (16,4%)

2. Ajustement dyadique (AD)

AD - ad1_0 à ad32_0 + ad1_1 à ad32_1

→ scores possibles : 0 à 151
→ plus petit score = ajustement dyadique négatif
→ plus haut score = ajustement dyadique positif

		F	H	G
Pré	totaladpre_cons → consensus pré	Étendue : 47 à 65	Étendue : 38 à 65	Étendue : 38 à 65
		Moyenne : 59,4	Moyenne : 59,2	Moyenne : 59,3
		Écart type : 3,58	Écart type : 5,00	Écart type : 4,33
	totaladpre_satis → satisfaction pré	Étendue : 29 à 50	Étendue : 27 à 50	Étendue : 27 à 50
		Moyenne : 44,2	Moyenne : 43,9	Moyenne : 44,1
		Écart type : 4,04	Écart type : 4,19	Écart type : 4,10
	totaladpre_coh → cohésion pré	Étendue : 15 à 24	Étendue : 13 à 24	Étendue : 13 à 24
		Moyenne : 20,7	Moyenne : 20,6	Moyenne : 20,7
		Écart type : 2,47	Écart type : 2,70	Écart type : 2,58
	totaladpre_aff → affection pré	Étendue : 3 à 12	Étendue : 5 à 12	Étendue : 3 à 12
		Moyenne : 8,5	Moyenne : 9,0	Moyenne : 8,7
		Écart type : 1,96	Écart type : 1,81	Écart type : 1,90
Post	totaladpost_cons → consensus post	Étendue : 32 à 65	Étendue : 34 à 65	Étendue : 32 à 65
		Moyenne : 53,5	Moyenne : 54,8	Moyenne : 54,2
		Écart type : 6,87	Écart type : 7,13	Écart type : 7,01
	totaladpost_satis → satisfaction post	Étendue : 18 à 50	Étendue : 24 à 50	Étendue : 18 à 50
		Moyenne : 40,0	Moyenne : 41,1	Moyenne : 40,5
		Écart type : 7,11	Écart type : 6,32	Écart type : 6,72
	totaladpost_coh → cohésion post	Étendue : 4 à 24	Étendue : 8 à 24	Étendue : 4 à 24
		Moyenne : 17,9	Moyenne : 18,2	Moyenne : 18,1
		Écart type : 4,02	Écart type : 3,64	Écart type : 3,82
	totaladpost_aff → affection post	Étendue : 2 à 12	Étendue : 1 à 12	Étendue : 1 à 12
		Moyenne : 6,9	Moyenne : 7,5	Moyenne : 7,2
		Écart type : 2,38	Écart type : 2,39	Écart type : 2,40

	F	H	G
totaladpre → total ajustement dyadique pré	Étendue : 109 à 151	Étendue : 85 à 150	Étendue : 85 à 151
	Moyenne : 132,9	Moyenne : 132,7	Moyenne : 132,8
	Écart type : 9,59	Écart type : 11,32	Écart type : 10,45
totaladpost → total ajustement dyadique post	Étendue : 59 à 151	Étendue : 74 à 149	Étendue : 59 à 151
	Moyenne : 118,3	Moyenne : 121,6	Moyenne : 119,9
	Écart type : 18,57	Écart type : 17,32	Écart type : 17,96

Commentaires - comm3

- F : 4 (6,0%)

    - Les neufs premiers mois de la vie de mon fils ont été difficile pour notre couple, maintenant qu'il a douze mois tout est entré dans l'ordre. Je consulte un professionnel en psychothérapie depuis bientôt 6 ans et pendant cette période, je le voyais chaque semaine. De mon côté, la maternité à réveillé plusieurs choses et cela faisait de moi une conjointe difficile à suivre.
    - Ma dépression a changé beaucoup notre couple et je ne suis pas certaine que cela pourra s'améliorer ou de réparer. Mais je continue à travailler là-dessus du mieux que je peux en thérapie.
    - j'ai mis heureux après la grossesse mais mon mari a eu une période difficile à son retour au travail ce qui nous a affecté mais nous avons surmonté le tout ensemble et maintenant ça va mieux
    - je n'ose pas dire parfaitement heureux!
- H : 6 (9,0%)
    - s/o
    - On s'aime, on se parle et tout va bien!
    - question 31a) et 32b) : "désespérément" me semble négatif... Donc j'ai mis une autre réponse!
    - la grossesse a été difficile car elle ne pouvait rien faire, mais nous voulions tellement ces bébés que nous nous sommes accrochés!
    - rien n'est parfait!
    - Ma femme a sombré dans une grave dépression et ça a changé notre dynamique de couple. Je veux l'aider et je la soutiens du mieux que je peux mais quelque chose s'est brisé entre nous et nous devons travailler ensemble à reconstruire notre couple, ce qui n'est pas évident.
- G : 10 (7,5%)

3. Échelle de relation intime (ERI)

ERI - eri1_0 à eri15_0 + er1_1 à eri15_1

→ scores possibles : 1 à 5
→ plus petit score = relation intime négative
→ plus haut score = relation intime positive

	F	H	G
totaleripre → total relation intime pré	Étendue : 2,2 à 4,13	Étendue: 2,53 à 3,4	Étendue: 2,2 à 4,13
	Moyenne : 2,9	Moyenne: 3,0	Moyenne: 3,0
	Écart type : 0,31	Écart type : 0,17	Écart type : 0,25
totaleripost →total relation intime post	Étendue : 1,73 à 3,33	Étendue: 2,07 à 3,33	Étendue: 1,73 à 3,3
	Moyenne : 2,7	Moyenne: 2,8	Moyenne: 2,7
	Écart type : 0,35	Écart type : 0,27	Écart type : 0,32

Votre enfant dort-il dans votre chambre? - eri16pp

	F	H	G
Oui	27 (40,3%)	29 (43,3%)	56 (41,8%)
Non	40 (59,7%)	38 (56,7%)	78 (58,2%)

Je crains que nos ébats amoureux ne réveillent le bébé. - eri17pp

	F	H	G
Pas du tout	22 (32,8%)	35 (52,2%)	57 (42,5%)
Rarement	18 (26,9%)	21 (31,3%)	39 (29,1%)
Occasionnellement	22 (32,8%)	9 (13,4%)	31 (23,1%)
La plupart du temps	4 (6,0%)	1 (1,5%)	5 (3,7%)
Tout le temps	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0.7%)

En faisant appel à votre mémoire, combien de temps après la naissance du bébé avez-vous repris les rapports sexuels avec votre partenaire ? SVP veuillez l'indiquer en nombre de semaines. - eri18pp

	F	H	G
Étendue	2 à 24 semaines	2 à 20 semaines	2 à 24 semaines
Moyenne	7,1 semaines	7,2 semaines	7,2 semaines

Écart type	3,60	3,34	3,46
2 semaines	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
3 semaines	6 (9,0%)	7 (10,4%)	13 (9,7%)
3 semaines et demie	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)
4 semaines	6 (9,0%)	6 (9,0%)	12 (9,0%)
4 semaines et demie	2 (3,0%)	-	2 (1,5%)
5 semaines	4 (6,0%)	4 (6,0%)	8 (6,0%)
6 semaines	11 (16,4)	12 (17,9%)	23 (17,2%)
6 semaines et demie	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)
7 semaines	5 (7,5%)	4 (6,0%)	9 (6,7%)
8 semaines	18 (26,9%)	17 (25,4%)	35 (26,1%)
9 semaines	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)
10 semaines	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)
11 semaines	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
12 semaines	5 (7,5%)	6 (9,0%)	11 (8,2%)
14 semaines	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)
16 semaines	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)
19 semaines	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
20 semaines	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)
24 semaines	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)

Dans quelle mesure étiez-vous satisfaite ? - eri19pp

	F	H	G
Très satisfait	2 (3,0%)	12 (17,9%)	14 (10,4%)
Satisfait	18 (26,9%)	31 (46,3%)	49 (36,6%)
Relativement satisfait	26 (38,8%)	14 (20,9%)	40 (29,9%)
Insatisfait	17 (25,4%)	10 (14,9%)	27 (20,1%)
Très insatisfait	4 (6,0%)	-	4 (3,0%)

Commentaires - comm4

- F : 16 (23,9%)
    - Le bébé a dormit dans notre chambre pendant les six premières semaines de sa vie. Par la suite, il a toujours dormi dans sa chambre, dans son lit.
    - Les points de suture de ma cicatrice sont encore très sensibles et font encore très mal lors des rapports.
    - J'avais des douleurs aux muscles du périnée.
    - Pedant les six premiers mois après l'accouchement de notre bébé, mon corps ne se lubrifiait pas et j'avais des grosses douleures vaginales qui m'empechait d'avoir de bonnes et saines relations sexuelles. Après avoir consulter mon gynécologue afin d'assurer que tout était en bon état, mon mari et moi avions progressivement re-intégré les rapports sexuelles dans notre vie de couple.

    - Les douleurs lors de la pénétration ont duré 6 mois (dû à la sécheresse vaginale conséquence indirecte de l'allaitement) donc après, cela est revenu à la normale.
    - il n'y a pas seulement la fatigue qui interférait avec nos rapports sexuels, les relations et l'orgasme me faisait contracter
    - J'ai eu une déchirure de 3e degré et ça a pris du temps à cicatriser. En plus, y'avait deux bébés à s'occuper, donc la sexualité a pas été la priorité.
    - Nous avons attendu le ok du médecin à notre rendez-vous à 6 semaines après la naissance pour recommencer les relations sexuelles pour savoir si les points de la déchirures étaient bien cicatrisés.
    - Nous avons recommencé à 8 semaines, mais ça faisait très mal. Ça a fait mal longtemps donc j'étais pas super satisfaite.
    - J'avais hâte de reprendre nos relations sexuelles après l'accouchement. J'ai eu une très forte libido pendant la grossesse et elle est revenue en force quand les saignements ont arrêté!
    - comme j'ai eu une grosse déchirure, ça m'a fait mal longtemps donc pas rapports satisfaisants pour plusieurs mois! mais on a quand même essayé après 8 semaines
    - la cicatrice de la césarienne a pris du temps à ne plus me faire mal donc les relations sexuelles étaient moins plaisantes pour un bout
    - on a eu un peu moins de relations sexuelles après l'accouchement, mais tout est redevenu normal rapidement
    - j'ai eu une épisiotomie et une grosse déchirure donc a ça a pris beaucoup de temps avant de reprendre les relations car ça faisait très mal
    - Lors de nos premières relations sexuelles, j'avais encore mal à ma cicatrice, j'étais stressée et je n'ai pas réussi à les apprécier. Ça a pris quelques relations avant que je me sente de nouveau bien dans nos rapports.
    - la déchirure était encore très sensible et ça a pris du temps avant que la douleur et l'inconfort ne partent
- H : 8 (11,9%)
    - Elle avait mal et cela a réduit ma satisfaction. je ne voulais pas lui faire plus mal...
    - Elle a eu mal longtemps pendant les rapports. C'était difficile d'avoir du plaisir quand l'autre n'en a clairement pas.
    - S/O
    - Ma conjointe avait beaucoup de douleur et on était très pris par les jumeaux.
    - Elle était pas satisfaite parce qu'elle avait mal et je ne l'étais donc pas aussi.
    - J'avais hâte qu'on recommence à avoir des relations sexuelles!
    - les premiers rapports sexuels ont été difficiles pour ma femme à cause de la déchirure et ça a pris du temps avant de ravoir des rapports normaux
    - les premières relations sexuelles n'étaient pas satisfaisantes pour moi car je voyais clairement que ce n'était pas agréable pour ma conjointe
- G : 24 (17,9%)

4. FSFI / BMSFI

FSFI - fsfi1_0 à fsfi19_0 + fsfi1_1 à fsfi19_1

→ scores possibles : 2 à 36
→ plus petit score = fonction sexuelle négative
→ plus haut score = fonction sexuelle positive

Pré	totalfsfipre_desire → désir pré	Étendue : 1,2 à 6
		Moyenne : 4,4
		Écart type : 1,15
	totalfsfipre_arousal → excitation pré	Étendue : 1,5 à 6
		Moyenne : 5,1
		Écart type : 0,98
	totalfsfipre_lubrification → lubrification pré	Étendue : 1,5 à 6
		Moyenne : 5,2
		Écart type : 1,06
	totalfsfipre_orgasm → orgasme pré	Étendue : 2,8 à 6
		Moyenne : 5,3
		Écart type : 0,89
	totalfsfipre_satisf → satisfaction pré	Étendue : 2,4 à 6
		Moyenne : 5,2
		Écart type : 0,87
	totalfsfipre_pain → douleur pré	Étendue : 2 à 6
		Moyenne : 5,2
		Écart type : 0,98
Post	totalfsfipost_desire →désir post	Étendue : 1,2 à 5,4
		Moyenne : 3,3
		Écart type : 1,15
	totalfsfipost_arousal → excitation post	Étendue : 1,2 à 6
		Moyenne : 4,1
		Écart type : 1,29
	totalfsfipost_lubrification → lubrification post	Étendue : 1,2 à 6
		Moyenne : 3,5
		Écart type : 1,39
	totalfsfipost_orgasm → orgasme post	Étendue : 1,2 à 6
		Moyenne : 4,2
		Écart type : 1,41
	totalfsfipost_satisf → satisfaction post	Étendue : 1,2 à 6
		Moyenne : 4,2
		Écart type : 1,38
	totalfsfipost_pain → douleur post	Étendue : 1,2 à 6
		Moyenne : 3,8

		Écart type : 1,39

totalfsfipre → total fsfi pré	Étendue : 14,2 à 36,0
	Moyenne : 30,4
	Écart type : 4,99
totalfsfipost → total fsfi post	Étendue : 7,80 à 34,8
	Moyenne : 23,1
	Écart type : 6,70

BMSFI - bsfi1_0 à bsfi11_0 + bsfi1_1 à bsfi11_1

→ scores possibles : plus petit score = plus de dysfonction
- → Sexual drive : 0 à 8
- → Erections : 0 à 12
- → Ejaculation : 0 à 8
- → Problem assessment : 0 à 12
- → Overall satisfaction : 0 à 4

Pré	totalbsfipre_drive → total drive pré	Étendue : 3 à 8
		Moyenne : 7,5
		Écart type : 1,05
	totalbsfipre_erec → total érection pré	Étendue : 4 à 12
		Moyenne : 11,7
		Écart type : 1,12
	totalbsfipre_ejac → total éjaculation pré	Étendue : 8 à 8
		Moyenne : 8
		Écart type : 0
	totalbsfipre_prob → total problème pré	Étendue : 8 à 12
		Moyenne : 11,8
		Écart type : 0,69
	totalbsfipre_satis → total satisfaction pré	Étendue : 1 à 4
		Moyenne : 3,3
		Écart type : 0,77
Post	totalbsfipost_drive → total drive post	Étendue : 2 à 8
		Moyenne : 6,4
		Écart type : 1,72
	totalbsfipost_erec → total érection post	Étendue : 6 à 12
		Moyenne : 10,6
		Écart type : 1,90
	totalbsfipost_ejac → total éjaculation post	Étendue : 6 à 8
		Moyenne : 7,9
		Écart type : 0,30
	totalbsfipost_prob → total problème post	Étendue : 6 à 12
		Moyenne : 10,7
		Écart type : 1,73
	totalbsfipost_satis → total satisfaction post	Étendue : 0 à 4
		Moyenne : 2,6
		Écart type : 1,03

Commentaires - comm5

- F : 10 (14,9%)
  - Point de cicatrice douleurs en postnatal et pendant la grossesse douleur aussi
  - l'anatomie de mon conjoint fait en sorte de causer des douleurs
  - Ca s'est amélioré avec le temps! ;-)
  - J'ai eu beaucoup de désir et de sexualité pendant la grossesse, mais après, c'est seulement la lubrification qui a causé des problèmes donc nous avons utilisé un lubrifiant tout simplement.
  - j'ai eu beaucoup de difficulté à me remettre de mon épisiotomie et de ma déchirure car ça a fait mal longtemps et m'a empêché d'apprécier nos relations sexuelles et notre vie sexuelle dans son ensemble
  - comme j'ai eu mal longtemps ça a été dur de vouloir des rapports sexuels et d'être excitée et lubrifiée après l'accouchement et la grosse déchirure
  - ça a pris beaucoup de temps avant que ma cicatrice de déchirure ne me fasse vraiment plus mal
  - on a pris un petit temps avant de reprendre les relations sexuelles, mais tout a bien été une fois repris!
  - je savais que les changements étaient normaux donc je ne me mettais ni pression ni stress
  - j'ai encore des douleurs aujourd'hui après 6 mois!
- H : 21 (31,3%)
  - Comme elle n'avait pas de plaisir pendant un bout de temps, mon plaisir était hypothéqué.
  - S/O
  - Ça a pris du temps avant de recommencer et elle a eu des douleur pendant un certain temps. Mais après, tout est redevenu à la normale.
  - Pour la question 11 : Satisfait de ma sexualité (désir, érection, éjaculation), mais avec ma conjointe qui avait mal, cela mettait un bémol aux relations sexuelles.
  - moi j'avais du désir, mais ma femme non et je ne voulais pas la forcer pendant la grossesse. et après cela a pris du temps avant de revenir et on avait d'autres choses à penser la sexualité était pas la priorité avec les jumeaux
  - Il a fallu du temps pour recommencer après l'accouchement, mais c'était bien une fois recommencé.
  - "Ma vie sexuelle" ne dépend pas seulement de moi. J'ai été satisfait de la mienne, mais comme notre sexualité a ralenti pendant et après la grossesse, c'était "plutôt satisfaisant" dans l'ensemble.
  - Ce n'est pas moi qui avait des problèmes de désir mais bien ma conjointe, surtout pendant la grossesse
  - Ma partenaire avait toujours envie d'Avoir des relations sexuelles pendant la grossesse! C'était bien, mais un peu fatigant! ;-)
  - ça a ralenti mais c'est normal et personne ne s'en plaint
  - ça a un peu ralenti à la fin de la grossesse et après mais c'est normal
  - je ne voulais pas forcer ma femme à avoir des relations sexuelles après l'accouchement et je ne voulais pas lui faire mal, mais j'avais vraiment envie d'avoir des relations... c'est un peu contradictoire!

    - on a du attendre après l'accouchement pour le ok du docteur pour recommencer les relations sexuelles mais une fois repris c'était ok
    - Après l'accouchement et pendant le pic de dépression de ma femme, notre sexualité a connu de graves problèmes et comme je ne voulais pas la presser, je me suis renfrogné et ça a été plus compliqué.
    - Notre vie sexuelle a ralenti pendant la grossesse et dans les semaines suivant l'accouchement, mais elle a repris graduellement après. C'est un moment de changement passager.
    - ça a été long avant de ravoir une sexualité relativement "normale" et je n'ai pas voulu forcer ma conjointe pendant que je voyais sa dépression
    - notre vie sexuelle a changé, mais il a seulement fallu s'adapter et maintenant ça redevient normal
    - cela nous a demandé de l'adaptation momentanée après l'accouchement, mais nous sommes devenus très proches, ce qui a compensé
    - la sexualité a ralenti après l'arrivée de bébé, mais j'ai quand même été satisfait sexuellement, considérant les changements vécus qui sont tout à fait normaux
    - J'aurais avoir plus de sexualité, mais j'ai compris que ce n'était pas réaliste pendant et après, surtout après.
    - Ma femme a eu mal très longtemps, ce qui ralenti notre sexualité, mais nous avons persévéré et c'est éventuellement revenu. J'aurais crû que la situation allait être pire, donc je suis plutôt satisfait, malgré tout.
- G : 31 (23,1%)

5. Expérience sexopérinatale (ES)

Croyez-vous que les activités sexuelles peuvent continuer … ? Pendant la grossesse - es1a_0 / es1b_0

	F	H	G
Oui	66 (98,5%)	64 (95,5%)	130 (97,0%)
Non	1 (1,5%)	2 (3,0%)	3 (2,2%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Commentaires	2 (3,0%) - Pas au début et pas à la fin : 1 (1,5%) - Pas au début ni à la fin : 1 (1,5%)	3 (4,5%) - Mais pas après un certain moment : 1 (1,5%) - Pas quand le ventre est clair et présent : 1 (1,5%) - Pas quand le ventre est trop gros : 1 (1,5%)	

Croyez-vous que les activités sexuelles peuvent continuer … ? Après la grossesse - es1a_1 / es1b_1

	F	H	G
Oui	59 (88,1%)	64 (95,5%)	123 (91,8%)
Non	8 (11,9%)	3 (4,5%)	11 (8,2%)
Commentaires	13 (19,4%)	4 (6,0%)	-

- F - Commentaires :
  - Pas au début et jsuqu'à ce que la douleur s'en aille ce qui prend du temps
  - Doit arrêter un temps après l'accouchment pour se remettre des déchirures
  - après une césarienne, il faut laisser du temps au corps pour se remettre
  - demande un temps de repos après, surtout après césarienne
  - Après un moment de repos pour que la cicatrice cicatrise évidemment
  - En tout cas pas pendant la convalessence et la cicatrisation!
  - quand le ok du médecin
  - Oui mais il faut un certain temps de repos après une césarienne pour s'en remettre
  - après un peu de temps ok
  - pour les autres peut-être, mais pour moi, ça a demandé un bon moment
  - Mais ça prend un certain temps après!
  - pas pendant un certain temps, pour se remettre de l'accouchement et de la césarienne surtout
  - MAIS APRES UN CERTAIN TEMPS!

- H - Commentaires :
    - si y'a des douleur c'est plus compliqué
    - Pas quand elle est en dépression après une césarienne ca demande du temps
    - mais seulement après un certain temps nécessaire
    - pas avant le ok du docteur

Parmi la liste suivante des peurs ou des inquiétudes envers la sexualité, laquelle ou lesquelles ont influencé votre sexualité pendant la grossesse (prénatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - es2a_0 / es2a_1 / es2a_2/ es2a_3/ es2a_4/ es2a_5/ es2a_6/ es2a_7/ es2a_8_autre/ es2a_8_autreprec

	F	H	G
Peur de faire une fausse-couche	35 (52,2%)	27 (40,3%)	62 (46,3%)
Peur de développer une infection	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)
Peur de faire mal au bébé	22 (32,8%)	29 (43,3%)	51 (38,1%)
Peur de provoquer des saignements	9 (13,4%)	3 (4,5%)	12 (9,0%)
Peur de déclencher le travail	36 (53,7%)	29 (43,3%)	65 (48,5%)
Peur de la rupture prématurée des membranes	29 (43,3%)	11 (16,4%)	40 (29,9%)
Peur de la douleur	9 (13,4%)	21 (31,3%)	30 (22,4%)
Aucune	22 (32,8%)	21 (31,3%)	43 (32,1%)
Autre	1 (1,5%) - Susceptible aux infections a la levure donc ceci a causé une peur : 1 (1,5%)	0 (0%)	1 (0,7%)

Parmi la liste suivante des peurs ou des inquiétudes envers la sexualité, laquelle ou lesquelles ont influencé votre sexualité après la grossesse (postnatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - es2b_0/ es2b_1 /es2b_2/ es2b_3/ es2b_4/ es2b_5/ es2b_6/ es2b_7/ es2b_8_autre/ es2b_8_autreprec

	F	H	G
Peur de développer une infection	27 (40,3%)	12 (17,9%)	39 (29,1%)
Peur de provoquer des saignements	29 (43,3%)	30 (44,8%)	59 (44,0%)
Peur de la douleur	58 (86,6%)	62 (92,5%)	120 (89,6%)

Peur de perturber le sommeil de bébé	25 (37,3%)	12 (17,9%)	37 (27,6%)
Peur de sacrifier des heures de sommeil	34 (50,7%)	10 (14,9%)	44 (32,8%)
Peur de déchirer les points de suture	44 (65,7%)	38 (56,7%)	82 (61,2%)
Peur de devenir enceinte de nouveau	13 (19,4%)	26 (38,8%)	39 (29,1%)
Aucune peur	5 (7,5%)	1 (1,5%)	6 (4,5%)
Autre	2 (3,0%) - Peur pour la cicatrice de césarienne : 2 (3,0%)	5 (7,5%) - Cicatrice césarienne : 1 (1,5%) - Peur de brusquer ma conjointe : 1 (1,5%) - Peur de la brusquer à reprendre des rapports dans sa dépression : 1 (1,5%) - Peur de presser ma partenaire pour avoir du sexe, de lui mettre de la pression inutile : 1 (1,5%) - Peur de rouvrir plai de césarienne : 1 (1,5%)	7 (5,2%)

Y a-t-il eu un changement dans votre satisfaction conjugale ? - es3_0/ es3_1

Pré

	F	H	G
Oui, grande ↑	5 (7,5%)	4 (6,0%)	9 (6,7%)
Oui, légère ↑	13 (19,4%)	15 (22,4%)	28 (20,9%)
Oui, légère ↓	27 (40,3%)	9 (13,4%)	36 (26,9%)
Oui, grande ↓	0 (0%)	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Aucun changement	22 (32,8%)	38 (56,7%)	60 (44,8%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	4 (6,0%)	2 (3,0%)	6 (4,5%)
Oui, légère ↑	9 (13,4%)	12 (17,9%)	21 (15,7%)
Oui, légère ↓	23 (34,3%)	18 (26,9%)	41 (30,6%)
Oui, grande ↓	13 (19,4%)	10 (14,9%)	23 (17,2%)
Aucun changement	17 (25,4%)	25 (37,3%)	42 (31,3%)
DM	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)

Y a-t-il eu un changement dans l'importance que vous accordez à la sexualité ? - es4_0/ es4_1

Pré

	F	H	G
Oui, grande ↑	4 (6,0%)	1 (1,5%)	5 (3,7%)
Oui, légère ↑	3 (4,5%)	2 (3,0%)	5 (3,7%)
Oui, légère ↓	29 (43,3%)	16 (23,9%)	45 (33,6%)
Oui, grande ↓	11 (16,4%)	3 (4,5%)	14 (10,4%)
Aucun changement	20 (29,9%)	45 (67,2%)	65 (48,5%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Oui, légère ↑	2 (3,0%)	4 (6,0%)	6 (4,5%)
Oui, légère ↓	22 (32,8%)	36 (53,7%)	58 (43,3%)
Oui, grande ↓	32 (47,8%)	9 (13,4%)	41(30,6%)
Aucun changement	11 (16,4%)	18 (26,9%)	29 (21,6%)
DM	-	-	-

Y a-t-il eu un changement dans la tendresse et la sensualité que vous avez exprimées à votre partenaire ? - es5_0/ es5_1

Pré

	F	H	G
Oui, grande ↑	12 (17,9%)	9 (13,4%)	21 (15,7%)
Oui, légère ↑	16 (23,9%)	24 (35,8%)	40 (29,9%)
Oui, légère ↓	24 (35,8%)	13 (19,4%)	37 (27,6%)
Oui, grande ↓	3 (4,5%)	1 (1,5%)	4 (3,0%)
Aucun changement	12 (17,9%)	19 (28,4%)	31 (23,1%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

Post

	F	H	G

Oui, grande ↑	7 (10,4%)	6 (9,0%)	13 (9,7%)
Oui, légère ↑	13 (19,4%)	15 (22,4%)	28 (20,9%)
Oui, légère ↓	22 (32,8%)	31 (46,3%)	53 (39,6%)
Oui, grande ↓	15 (22,4%)	8 (11,9%)	23 (17,2%)
Aucun changement	10 (14,9%)	7 (10,4%)	17 (12,7%)
DM	-	-	-

Y a-t-il eu un changement dans la tendresse et la sensualité que votre partenaire vous a exprimées? - es6_0 / es6_1

Pré

	F	H	G
Oui, grande ↑	12 (17,9%)	11 (16,4%)	23 (17,2%)
Oui, légère ↑	17 (25,4%)	17 (25,4%)	34 (25,4%)
Oui, légère ↓	14 (20,9%)	27 (40,3%)	41 (30,6%)
Oui, grande ↓	2 (3,0%)	3 (4,5%)	5 (3,7%)
Aucun changement	22 (32,8%)	9 (13,4%)	31 (23,1%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	7 (10,4%)	7 (10,4%)	14 (10,4%)
Oui, légère ↑	12 (17,9%)	14 (20,9%)	26 (19,4%)
Oui, légère ↓	26 (38,8%)	13 (19,4%)	39 (29,1%)
Oui, grande ↓	13 (19,4%)	27 (40,3%)	40 (29,9%)
Aucun changement	9 (13,4%)	5 (7,5%)	14 (10,4%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

Y a-t-il eu un changement dans les baisers (embrasser) et les caresses/câlins que vous avez échangés? - es7_0/ es7_1

Pré

	F	H	G
Oui, grande ↑	11 (16,4%)	11 (16,4%)	22 (16,4%)
Oui, légère ↑	20 (29,9%)	22 (32,8%)	42 (31,3%)
Oui, légère ↓	13 (19,4%)	14 (20,9%)	27 (20,1%)
Oui, grande ↓	3 (4,5%)	1 (1,5%)	4 (3,0%)
Aucun changement	20 (29,9%)	19 (28,4%)	39 (29,1%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	6 (9,0%)	6 (9,0%)	12 (9,0%)

Oui, légère ↑	17 (25,4%)	17 (25,4%)	34 (25,4%)
Oui, légère ↓	21 (31,3%)	28 (41,8%)	49 (36,6%)
Oui, grande ↓	14 (20,9%)	10 (14,9%)	24 (17,9%)
Aucun changement	9 (13,4%)	6 (9,0%)	15 (11,2%)
DM	-	-	-

Vous êtes-vous senti(e) … attirant(e)/désirable ? - es8_0/ es8_1

Pré

	F	H	G
Beaucoup plus	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (0,7%)
Légèrement plus	16 (23,9%)	0 (0%)	16 (11,9%)
Légèrement moins	34 (50,7%)	1 (1,5%)	35 (26,1%)
Beaucoup moins	7 (10,4%)	1 (1,5%)	8 (6,0%)
Aucun changement	9 (13,4%)	65 (97,0%)	74 (55,2%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Beaucoup plus	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Légèrement plus	0 (0%)	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Légèrement moins	33 (49,3%)	2 (3,0%)	35 (26,1%)
Beaucoup moins	17 (25,4%)	1 (1,5%)	18 (13,4%)
Aucun changement	17 (25,4%)	63 (94,0%)	80 (59,7%)
DM	-	-	-

Avez-vous ressenti que votre partenaire était … attirant(e)/désirable ? es9_0/ es9_1

Pré

	F	H	G
Beaucoup plus	1 (1,5%)	5 (7,5%)	6 (4,5%)
Légèrement plus	4 (6,0%)	33 (49,3%)	37 (27,6%)
Légèrement moins	1 (1,5%)	11 (16,4%)	12 (9,0%)
Beaucoup moins	0 (0%)	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Aucun changement	61 (91,0%	17 (25,4%)	78 (58,2%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Beaucoup plus	1 (1,5%)	2 (3,0%)	3 (2,2%)
Légèrement plus	0 (0%)	10 (14,9%)	10 (7,5%)
Légèrement moins	5 (7,5%)	14 (20,9%)	19 (14,2%)
Beaucoup moins	2 (3,0%)	3 (4,5%)	5 (3,7%)
Aucun changement	58 (86,6%)	38 (56,7%)	96 (71,6%)

DM	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)

Y a-t-il eu un changement dans votre perception de vos seins /des seins de votre partenaire ? / Si vous avez répondu "Oui" à la question 10.a), comment votre perception a changé : - es10a_0/ es10a_1/ es10b_0/ es10b_1

Pré

	F	H	G
Oui	31 (46,3%)	54 (80,6%)	85 (63,4%)
→ Plus érotiques	28 (41,8%/90,3%)	53 (79,1%/98,1%)	81 (60,4%/95,3%)
→ Moins érotiques	3 (4,5%/9,7)	1 (1,5%/1,9)	4 (3,0%/4,7%)
Non	35 (52,2%)	12 (17,9%)	47 (35,1%)
DM	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)

Post

	F	H	G
Oui	54 (80,6%)	55 (82,1%)	109 (81,3%)
→ Plus érotiques	12 (17,9%/22,2%)	33 (49,3%/60,0%)	46 (34,3%/41,8%)
→ Moins érotiques	42 (62,7%/77,8%)	22 (32,8%/40,0%)	64 (47,8%/58,2%)
Non	13 (19,4%)	12 (17,9%)	25 (18,7%)
DM	-	-	-

Y a-t-il eu un changement dans l'intensité de l'orgasme ressenti? - es11_0/es11_1

Pré

	F	H	G
Beaucoup plus	3 (4,5%)	1 (1,5%)	4 (3,0%)
Légèrement plus	8 (11,9%)	2 (3,0%)	10 (7,5%)
Légèrement moins	28 (41,8%)	0 (0%)	28 (20,9%)
Beaucoup moins	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)
Aucun changement	26 (38,8%)	61 (91,0%)	87 (64,9%)
DM	-	2 (3,0%)	2 (1,5%)

Post

	F	H	G
Beaucoup plus	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Légèrement plus	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)
Légèrement moins	19 (28,4%)	3 (4,5%)	22 (16,4%)
Beaucoup moins	23 (34,3%)	0 (0%)	23 (17,2%)
Aucun changement	23 (34,3%)	61 (91,0%)	84 (62,7%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de la pénétration vaginale (coït) ? - es12_0/ es12_1/es12_2/ es12_3

0-3 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)
Oui, légère ↑	9 (13,4%)	10 (14,9%)	19 (14,2%)
Oui, légère ↓	30 (44,8%)	30 (44,8%)	60 (44,8%)
Oui, grande ↓	12 (17,9%)	12 (17,9%)	24 (17,9%)
Aucun changement	14 (20,9%)	14 (20,9%)	28 (20,9%)
DM	-	-	-

3-6 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	11 (16,4%)	11 (16,4%)	22 (16,4%)
Oui, légère ↑	27 (40,3%)	27 (40,3%)	54 (40,3%)
Oui, légère ↓	9 (13,4%)	11 (16,4%)	20 (14,9%)
Oui, grande ↓	9 (13,4%)	9 (13,4%)	18 (13,4%)
Aucun changement	11 (16,4%)	9 (13,4%)	20 (14,9%)
DM	-	-	-

6-9 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	5 (7,5%)	5 (7,5%)	10 (7,5%)
Oui, légère ↑	8 (11,9%)	9 (13,4%)	17 (12,7%)
Oui, légère ↓	19 (28,4%)	17 (25,4%)	36 (26,9%)
Oui, grande ↓	34 (50,7%)	34 (50,7%)	68 (50,7%)
Aucun changement	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5 %)
DM	-	-	1 (0,7%)

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Oui, légère ↑	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Oui, légère ↓	16 (23,9%)	17 (25,4%)	3 (24,6%)
Oui, grande ↓	49 (73,1%)	48 (71,6%)	97 (72,4%)
Aucun changement	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (0,7%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

Y a-t-il eu un changement dans le sexe oral ? cunnilingus - es13_0/ es13_1/ es13_2/ es13_3

0-3 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Oui, légère ↑	6 (9,0%)	7 (10,4%)	13 (9,7%)

Oui, légère ↓	12 (17,9%)	10 (14,9%)	22 (16,4%)
Oui, grande ↓	6 (9,0%)	7 (10,4%)	13 (9,7%)
Aucun changement	33 (49,3%)	33 (49,3%)	66 (49,3%)
Pas une pratique régulière	9 (13,4%)	9 (13,4%)	18 (13,4%)
DM	-	-	-

3-6 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	8 (11,9%)	8 (11,9%)	16 (11,9%)
Oui, légère ↑	28 (41,8%)	28 (41,8%)	56 (41,8%)
Oui, légère ↓	8 (11,9%)	10 (14,9%)	18 (13,4%)
Oui, grande ↓	5 (7,5%)	3 (4,5%)	8 (6,0%)
Aucun changement	9 (13,4%)	9 (13,4%)	18 (13,4%)
Pas une pratique régulière	9 (13,4%)	9 (13,4%)	18 (13,4%)
DM	-	-	-

6-9 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	4 (6,0%)	4 (6,0%)	8 (6,0%)
Oui, légère ↑	5 (7,5%)	5 (7,5%)	10 (7,5%)
Oui, légère ↓	16 (23,9%)	15 (22,4%)	31 (23,1%)
Oui, grande ↓	28 (41,8%)	29 (43,3%)	57 (42,5%)
Aucun changement	5 (7,5%)	5 (7,5%)	10 (7,5%)
Pas une pratique régulière	9 (13,4%)	9 (13,4%)	18 (13,4%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Oui, légère ↑	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Oui, légère ↓	9 (13,4%)	10 (14,9%)	19 (14,2%)
Oui, grande ↓	42 (62,7%)	43 (64,2%)	85 (63,4%)
Aucun changement	5 (7,5%)	4 (6,0%)	9 (6,7%)
Pas une pratique régulière	9 (13,4%)	9 (13,4%)	18 (13,4%)
DM	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)

Y a-t-il eu un changement dans le sexe oral ? fellation - es14_0/ es14_1/ es14_2/ es14_3

0-3 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)

Oui, légère ↑	12 (17,9%)	12 (17,9%)	24 (17,9%)
Oui, légère ↓	8 (11,9%)	9 (13,4%)	17 (12,7%)
Oui, grande ↓	6 (9,0%)	6 (9,0%)	12 (9,0%)
Aucun changement	39 (58,2%)	38 (56,7%)	77 (57,5%)
Pas une pratique régulière	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

3-6 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	9 (13,4%)	8 (11,9%)	17 (12,7%)
Oui, légère ↑	32 (47,8%)	33 (49,3%)	65 (48,5%)
Oui, légère ↓	6 (9,0%)	9 (13,4%)	15 (11,2%)
Oui, grande ↓	1 (1,5%)	4 (6,0%)	5 (3,7%)
Aucun changement	19 (28,4%)	13 (19,4%)	32 (23,9%)
Pas une pratique régulière	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
DM	-	-	-

6-9 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	7 (10,4%)	8 (11,9%)	15 (11,2%)
Oui, légère ↑	30 (44,8%)	26 (38,8%)	56 (41,8%)
Oui, légère ↓	10 (14,9%)	11 (16,4%)	21 (15,7%)
Oui, grande ↓	10 (14,9%)	15 (22,4%)	25 (18,7%)
Aucun changement	10 (14,9%)	7 (10,4%)	17 (12,7%)
Pas une pratique régulière	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	5 (7,5%)	6 (9,0%)	11 (8,2%)
Oui, légère ↑	23 (34,3%)	23 (34,3%)	46 (34,3%)
Oui, légère ↓	15 (22,4%)	19 (28,4%)	34 (25,4%)
Oui, grande ↓	18 (26,9%)	16 (23,9%)	34 (25,4%)
Aucun changement	6 (9,0%)	1 (1,5%)	7 (5,2%)
Pas une pratique régulière	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
DM	-	2 (3,0%)	2 (1,5%)

Y a-t-il eu un changement dans votre masturbation personnelle (moment où vous vous êtes masturbé(e) par vous-même)? - es15_0/ es15_1/ es15_2/ es15_3

0-3 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	1 (1,5%)	7 (10,4%)	8 (6,0%)
Oui, légère ↑	7 (10,4%)	25 (37,3%)	32 (23,9%)
Oui, légère ↓	13 (19,4%)	0 (0%)	13 (9,7%)
Oui, grande ↓	20 (29,9%)	0 (0%)	20 (14,9%)
Aucun changement	20 (29,9%)	34 (50,7%)	54 (40,3%)
Pas une pratique régulière	6 (9,0%)	1 (1,5%)	7 (5,2%)
DM	-	-	-

3-6 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	7 (10,4%)	6 (9,0%)	13 (9,7%)
Oui, légère ↑	29 (43,3%)	38 (56,7%)	67 (50,0%)
Oui, légère ↓	6 (9,0%)	0 (0%)	6 (4,5%)
Oui, grande ↓	8 (11,9%)	0 (0%)	8 (6,0%)
Aucun changement	11 (16,4%)	23 (34,3%)	34 (25,4%)
Pas une pratique régulière	6 (9,0%)	0 (0%)	6 (4,5%)
DM	-	-	-

6-9 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	7 (10,4%)	33 (49,3%)	40 (29,9%)
Oui, légère ↑	4 (6,0%)	19 (28,4%)	23 (17,2%)
Oui, légère ↓	13 (19,4%)	0 (0%)	13 (9,7%)
Oui, grande ↓	33 (49,3%)	0 (0%)	33 (24,6%)
Aucun changement	4 (6,0%)	15 (22,4%)	19 (14,2%)
Pas une pratique régulière	6 (9,0%)	0 (0%)	6 (4,5%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	0 (0%)	40 (59,7%)	40 (29,9%)
Oui, légère ↑	0 (0%)	22 (32,8%)	22 (16,4%)
Oui, légère ↓	13 (19,4%)	0 (0%)	13 (9,7%)
Oui, grande ↓	42 (62,7%)	3 (4,5%)	45 (33,6%)
Aucun changement	6 (9,0%)	2 (3,0%)	8 (6,0%)
Pas une pratique régulière	6 (9,0%)	0 (0%)	6 (4,5%)

DM	-	-	-

Y a-t-il eu un changement dans la masturbation de votre partenaire (moment où il/elle s'est masturbé(e) par lui/elle-même)? - es16_0 / es16_1 /es16_2/ es16_3

0-3 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	5 (7,5%)	1 (1,5%)	6 (4,5%)
Oui, légère ↑	24 (35,8%)	8 (11,9%)	32 (23,9%)
Oui, légère ↓	0 (0%)	6 (9,0%)	6 (4,5%)
Oui, grande ↓	0 (0%)	23 (34,3%)	23 (17,2%)
Aucun changement	37 (55,2%)	22 (32,8%)	59 (44,0%)
Pas une pratique régulière	1 (1,5%)	6 (9,0%)	7 (5,2%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

3-6 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	5 (7,5%)	5 (7,5%)	10 (7,5%)
Oui, légère ↑	31 (46,3%)	31 (46,3%)	62 (46,3%)
Oui, légère ↓	1 (1,5%)	5 (7,5%)	6 (4,5%)
Oui, grande ↓	0 (0%)	9 (13,4%)	9 (6,7%)
Aucun changement	29 (43,3%)	10 (14,9%)	39 (29,1%)
Pas une pratique régulière	1 (1,5%)	6 (9,0%)	7 (5,2%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

6-9 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	26 (38,8%)	4 (6,0%)	30 (22,4%)
Oui, légère ↑	19 (28,4%)	6 (9,0%)	25 (18,7%)
Oui, légère ↓	1 (1,5%)	7 (10,4%)	8 (6,0%)
Oui, grande ↓	1 (1,5%)	38 (56,7%)	39 (29,1%)
Aucun changement	19 (28,4%)	5 (7,5%)	24 (17,9%)
Pas une pratique régulière	1 (1,5%)	6 (9,0%)	7 (5,2%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	32 (47,8%)	0 (0%)	32 (23,9%)
Oui, légère ↑	21 (31,3%)	1 (1,5%)	22 (16,4%)
Oui, légère ↓	1 (1,5%)	16 (23,9%)	17 (12,7%)
Oui, grande ↓	3 (4,5%)	42 (62,7%)	45 (33,6%)

Aucun changement	9 (13,4%)	2 (3,0%)	11 (8,2%)
Pas une pratique régulière	1 (1,5%)	5 (7,5%)	6 (4,5%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

Y a-t-il eu un changement dans la masturbation que vous faites à votre partenaire (moment où vous avez masturbé votre partenaire) ? - es17_0/ es17_1/ es17_2/ es17_3

0-3 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)
Oui, légère ↑	14 (20,9%)	7 (10,4%)	21 (15,7%)
Oui, légère ↓	7 (10,4%)	6 (9,0%)	13 (9,7%)
Oui, grande ↓	5 (7,5%)	22 (32,8%)	27 (20,1%)
Aucun changement	37 (55,2%)	26 (38,8%)	63 (47,0%)
Pas une pratique régulière	2 (3,0%)	4 (6,0%)	6 (4,5%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

3-6 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	6 (9,0%)	7 (10,4%)	13 (9,7%)
Oui, légère ↑	34 (50,7%)	30 (44,8%)	64 (47,8%)
Oui, légère ↓	7 (10,4%)	7 (10,4%)	14 (10,4%)
Oui, grande ↓	3 (4,5%)	8 (11,9%)	11 (8,2%)
Aucun changement	15 (22,4%)	11 (16,4%)	26 (19,4%)
Pas une pratique régulière	2 (3,0%)	3 (4,5%)	5 (3,7%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

6-9 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	10 (14,9%)	6 (9,0%)	16 (11,9%)
Oui, légère ↑	31 (46,3%)	6 (9,0%)	37 (27,6%)
Oui, légère ↓	7 (10,4%)	14 (20,9%)	21 (15,7%)
Oui, grande ↓	10 (14,9%)	31 (46,3%)	41 (30,6%)
Aucun changement	7 (10,4%)	5 (7,5%)	12 (9,0%)
Pas une pratique régulière	2 (3,0%)	4 (6,0%)	6 (4,5%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	9 (13,4%)	1 (1,5%)	10 (7,5%)

Oui, légère ↑	21 (31,3%)	0 (0%)	21 (15,7%)
Oui, légère ↓	15 (22,4%)	19 (28,4%)	34 (25,4%)
Oui, grande ↓	15 (22,4%)	41 (61,2%)	56 (41,8%)
Aucun changement	5 (7,5%)	2 (3,0%)	7 (5,2%)
Pas une pratique régulière	2 (3,0%)	4 (6,0%)	6 (4,5%)
DM	-	-	-

Y a-t-il eu un changement dans la masturbation que votre partenaire vous a faite (moment où votre partenaire vous a masturbé(e)) ? - es18_0/ es18_1/ es18_2/ es18_3

0-3 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Oui, légère ↑	7 (10,4%)	13 (19,4%)	20 (14,9%)
Oui, légère ↓	10 (14,9%)	9 (13,4%)	19 (14,2%)
Oui, grande ↓	20 (29,9%)	4 (6,0%)	24 (17,9%)
Aucun changement	25 (37,3%)	37 (55,2%)	62 (46,3%)
Pas une pratique régulière	4 (6,0%)	2 (3,0%)	6 (4,5%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

3-6 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	7 (10,4%)	6 (9,0%)	13 (9,7%)
Oui, légère ↑	28 (41,8%)	35 (52,2%)	63 (47,0%)
Oui, légère ↓	6 (9,0%)	4 (6,0%)	10 (7,5%)
Oui, grande ↓	9 (13,4%)	5 (7,5%)	14 (10,4%)
Aucun changement	13 (19,4%)	15 (22,4%)	28 (20,9%)
Pas une pratique régulière	4 (6,0%)	2 (3,0%)	6 (4,5%)
DM	-	-	-

6-9 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	5 (7,5%)	9 (13,4%)	14 (10,4%)
Oui, légère ↑	6 (9,0%)	33 (49,3%)	39 (29,1%)
Oui, légère ↓	14 (20,9%)	6 (9,0%)	20 (14,9%)
Oui, grande ↓	31 (46,3%)	10 (14,9%)	41 (30,6%)
Aucun changement	6 (9,0%)	7 (10,4%)	13 (9,7%)
Pas une pratique régulière	4 (6,0%)	2 (3,0%)	6 (4,5%)
DM	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	0 (0%)	10 (14,9%)	10 (7,5%)
Oui, légère ↑	1 (1,5%)	18 (26,9%)	19 (14,2%)
Oui, légère ↓	17 (25,4%)	17 (25,4%)	34 (25,4%)
Oui, grande ↓	41 (61,2%)	17 (25,4%)	58 (43,3%)
Aucun changement	4 (6,0%)	3 (4,5%)	7 (5,2%)
Pas une pratique régulière	4 (6,0%)	2 (3,0%)	6 (4,5%)
DM	-		

Y a-t-il eu un changement dans votre masturbation mutuelle (moment où vous vous êtes simultanément masturbés l'un et l'autre)? - es19_0/ es19_1/es19_2/es19_3

0-3 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Oui, légère ↑	7 (10,4%)	7 (10,4%)	14 (10,4%)
Oui, légère ↓	9 (13,4%)	10 (14,9%)	19 (14,2%)
Oui, grande ↓	7 (10,4%)	7 (10,4%)	14 (10,4%)
Aucun changement	37 (55,2%)	36 (53,7%)	73 (54,5%)
Pas une pratique régulière	6 (9,0%)	6 (9,0%)	12 (9,0%)
DM	-	-	-

3-6 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	8 (11,9%)	7 (10,4%)	15 (11,2%)
Oui, légère ↑	26 (38,8%)	29 (43,3%)	55 (41,0%)
Oui, légère ↓	8 (11,9%)	8 (11,9%)	16 (11,9%)
Oui, grande ↓	6 (9,0%)	6 (9,0%)	12 (9,0%)
Aucun changement	12 (17,9%)	11 (16,4%)	23 (17,2%)
Pas une pratique régulière	6 (9,0%)	6 (9,0%)	12 (9,0%)
DM	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)

6-9 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	6 (9,0%)	6 (9,0%)	12 (9,0%)
Oui, légère ↑	6 (9,0%)	7 (10,4%)	13 (9,7%)
Oui, légère ↓	12 (17,9%)	13 (19,4%)	25 (18,7%)
Oui, grande ↓	28 (41,8%)	27 (40,3%)	55 (41,0%)
Aucun changement	28 (41,8%)	8 (11,9%)	17 (12,7%)

Pas une pratique régulière	6 (9,0%)	6 (9,0%)	12 (9,0%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	0 (0%)	2 (3,0%)	2 (1,5%)
Oui, légère ↑	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Oui, légère ↓	12 (17,9%)	14 (20,9%)	26 (19,4%)
Oui, grande ↓	38 (56,7%)	37 (55,2%)	75 (56,0%)
Aucun changement	10 (14,9%)	7 (10,4%)	17 (12,7%)
Pas une pratique régulière	6 (9,0%)	6 (9,0%)	12 (9,0%)
DM	-	-	-

Y a-t-il eu un changement dans la pénétration anale ? - es20_0/ es20_1/ es20_2/ es20_3

0-3 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Oui, légère ↑	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)
Oui, légère ↓	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)
Oui, grande ↓	2 (3,0%)	3 (4,5%)	5 (3,7%)
Aucun changement	13 (19,4%)	13 (19,4%)	26 (19,4%)
Pas une pratique régulière	48 (71,6%)	48 (71,6%)	96 (71,6%)
DM	-	-	-

3-6 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Oui, légère ↑	12 (17,9%)	11 (16,4%)	23 (17,2%)
Oui, légère ↓	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (0,7%)
Oui, grande ↓	0 (0%)	2 (3,0%)	2 (1,5%)
Aucun changement	6 (9,0%)	6 (9,0%)	12 (9,0%)
Pas une pratique régulière	48 (71,6%)	48 (71,6%)	96 (71,6%)
DM	-	-	-

6-9 mois

	F	H	G
Oui, grande ↑	0 (0%)	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Oui, légère ↑	8 (11,9%)	8 (11,9%)	16 (11,9%)
Oui, légère ↓	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)
Oui, grande ↓	4 (6,0%)	5 (7,5%)	9 (6,7%)

Aucun changement	5 (7,5%)	4 (6,0%)	9 (6,7%)
Pas une pratique régulière	48 (71,6%)	48 (71,6%)	96 (71,6%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Oui, légère ↑	4 (6,0%)	5 (7,5%)	9 (6,7%)
Oui, légère ↓	5 (7,5%)	4 (6,0%)	9 (6,7%)
Oui, grande ↓	7 (10,4%)	8 (11,9%)	15 (11,2%)
Aucun changement	3 (4,5%)	2 (3,0%)	5 (3,7%)
Pas une pratique régulière	46 (68,7%)	48 (71,6%)	94 (70,1%)
DM	2 (3,0%)	-	2 (1,5%)

Y a-t-il eu un changement dans l'utilisation de jouets sexuels ? - es21_0/ es21_1

Pré

	F	H	G
Oui, grande ↑	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Oui, légère ↑	8 (11,9%)	9 (13,4%)	17 (12,7%)
Oui, légère ↓	7 (10,4%)	4 (6,0%)	11 (8,2%)
Oui, grande ↓	13 (19,4%)	15 (22,4%)	28 (20,9%)
Aucun changement	4 (6,0%)	6 (9,0%)	10 (7,5%)
Pas une pratique régulière	34 (50,7%)	32 (47,8%)	66 (49,3%)
DM	-	-	-

Post

	F	H	G
Oui, grande ↑	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Oui, légère ↑	1 (1,5%)	2 (3,0%)	3 (2,2%)
Oui, légère ↓	10 (14,9%)	8 (11,9%)	18 (13,4%)
Oui, grande ↓	20 (29,9%)	22 (32,8%)	42 (31,3%)
Aucun changement	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)
Pas une pratique régulière	33 (49,3%)	32 (47,8%)	65 (48,5%)
DM	-	-	-

A-t-il été difficile de trouver des positions sexuelles confortables ? - es22_0/ es22_1/ es22_2/ es22_3

0-3 mois

	F	H	G
Oui, grande difficulté	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (0,7%)
Oui, légère difficulté	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Non	65 (97,0%)	65 (97,0%)	130 (97,0%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

3-6 mois

	F	H	G
Oui, grande difficulté	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)
Oui, légère difficulté	12 (17,9%)	11 (16,4%)	23 (17,2%)
Non	52 (77,6%)	54 (80,6%)	106 (79,1%)
DM	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)

6-9 mois

	F	H	G
Oui, grande difficulté	31 (46,3%)	30 (44,8%)	61 (45,5%)
Oui, légère difficulté	33 (49,3%)	31 (46,3%)	64 (47,8%)
Non	3 (4,5%)	5 (7,5%)	8 (6,0%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

Post

	F	H	G
Oui, grande difficulté	27 (40,3%)	25 (37,3%)	52 (38,8%)
Oui, légère difficulté	25 (37,3%)	26 (38,8%)	51 (38,1%)
Non	15 (22,4%)	14 (20,9%)	29 (21,6%)
DM	-	2 (3,0%)	2 (1,5%)

Quelles positions sexuelles, parmi les suivantes, ont été adoptées pendant la grossesse (prénatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - es23a_0/ es23a_1/ es23a_2/ es23a_3/ es23a_4/ es23a_5/ es23a_6/ es23a_7_autre/ es23a_7_autreprec

	F	H	G
Face-à-face, les deux allongés, homme sur le dessus	58 (86,6%)	57 (85,1%)	115 (85,8%)
Face-à-face, homme allongé ou assis, femme assise sur le dessus	58 (86,6%)	57 (85,1%)	115 (85,8%)
En cuillère (ventre à dos), homme à genoux ou debout derrière femme, femme à quatre pattes	60 (89,6%)	62 (92,5%)	122 (91,0%)
En cuillère (ventre à dos), les deux debout, femme appuyée et penchée vers l'avant	21 (31,3%)	22 (32,8%)	43 (32,1%)
En cuillère (ventre à dos), homme allongé ou assis, femme sur le dessus	19 (28,4%)	18 (26,9%)	37 (27,6%)

En cuillère (ventre à dos), femme allongée, homme sur le dessus	32 (47,8%)	33 (49,3%)	65 (48,5%)
Côte-à-côte, en cuillère (ventre à dos), les deux allongés	55 (82,1%)	58 (86,6%)	113 (84,3%)
Autre - Tous les deux debout - Tous les deux debouts, elle accotée au mur	3 (4,5%) 3	4 (6,0%) 3 1	7 (5,2%)

Quelles positions sexuelles, parmi les suivantes, ont été adoptées après la grossesse (postnatal) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - es23b_0/ es23b_1/ es23b_2/ es23b_3/ es23b_4/ es23b_5/ es23b_6/ es23b_7_autre/ es23b_7_prec

	F	H	G
Face-à-face, les deux allongés, homme sur le dessus	14 (20,9%)	13 (19,4%)	27 (20,1%)
Face-à-face, homme allongé ou assis, femme assise sur le dessus	61 (91,0%)	61 (91,0%)	122 (91,0%)
En cuillère (ventre à dos), homme à genoux ou debout derrière femme, femme à quatre pattes	51 (76,1%)	52 (77,6%)	103 (76,9%)
En cuillère (ventre à dos), les deux debout, femme appuyée et penchée vers l'avant	13 (19,4%)	12 (17,9%)	25 (18,7%)
En cuillère (ventre à dos), homme allongé ou assis, femme sur le dessus	35 (52,2%)	35 (52,2%)	70 (52,2%)
En cuillère (ventre à dos), femme allongée, homme sur le dessus	5 (7,5%)	6 (9,0%)	11 (8,2%)
Côte-à-côte, en cuillère (ventre à dos), les deux allongés	41 (61,2%)	40 (59,7%)	81 (60,4%)
Autre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Avez-vous eu … de rêves érotiques ? - es24_0/ es24_1

		F	H	G
Pré	Beaucoup plus	11 (16,4%)	0 (0%)	11 (8,2%)
	Légèrement plus	33 (49,3%)	2 (3,0%)	35 (26,1%)
	Légèrement moins	5 (7,5%)	0 (0%)	5 (3,7%)
	Beaucoup moins	3 (4,5%)	1 (1,5%)	4 (3,0%)
	Aucun changement	15 (22,4%)	64 (95,5%)	79 (59,0%)
	DM	-	-	-
Post	Beaucoup plus	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)
	Légèrement plus	3 (4,5%)	5 (7,5%)	8 (6,0%)
	Légèrement moins	8 (11,9%)	0 (0%)	8 (6,0%)

	Beaucoup moins	14 (20,9%)	0 (0%)	14 (10,4%)
	Aucun changement	40 (59,7%)	60 (89,6%)	100 (74,6%)
	DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

Avez-vous pensé à être infidèle? - es25_0/ es25_1

		F	H	G
Pré	Oui	3 (4,5%)	6 (9,0%)	9 (6,7%)
	Non	64 (95,5%)	61 (91,0%)	125 (93,3%)
	DM	-	-	-
Post	Oui	2 (3,0%)	16 (23,9%)	18 (13,4%)
	Non	65 (97,0%)	51 (76,1%)	116 (86,6%)
	DM	-	-	-

Avez-vous été infidèle? - es26_0/ es26_1

		F	H	G
Pré	Oui	3 (4,5%)	4 (6,0%)	7 (5,2%)
	Non	64 (95,5%)	63 (94,0%)	27 (94,8%)
	DM	-	-	-
Post	Oui	0 (0%)	8 (11,9%)	8 (6,0%)
	Non	66 (98,5%)	59 (88,1%)	125 (93,3%)
	DM	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)

Avez-vous eu peur que votre partenaire soit infidèle ? - es27_0/ es27_1

		F	H	G
Pré	Oui	4 (6,0%)	1 (1,5%)	5 (3,7%)
	Non	62 (92,5%)	66 (98,5%)	128 (95,5%)
	DM	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
Post	Oui	14 (20,9%)	4 (6,0%)	18 (13,4%)
	Non	52 (77,6%)	63 (94,0%)	115 (85,8%)
	DM	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)

Votre partenaire a-t-il été infidèle ? - es28_0/ es28_1

		F	H	G
Pré	Oui	1 (1,5%)	0 (0%)	1 (0,7%)
	Non	66 (98,5%)	67 (100%)	133 (99,3%)
	DM	-	-	-
Post	Oui	3 (4,5%)	0 (0%)	3 (2,2%)
	Non	64 (95,5%)	67 (100%)	131 (97,8%)
	DM	-	-	-

Pendant la grossesse (prénatal), y a-t-il eu un changement dans la quantité de vos sécrétions vaginales ? - es29a

	F	H	G
Oui, grande ↑	11 (16,4%)	10 (14,9%)	21 (15,7%)
Oui, légère ↑	45 (67,2%)	46 (68,7%)	91 (67,9%)
Oui, légère ↓	4 (6,0%)	3 (4,5%)	7 (5,2%)
Oui, grande ↓	1 (1,5%)	2 (3,0%)	3 (2,2%)
Aucun changement	6 (9,0%)	6 (9,0%)	12 (9,0%)
DM	-	-	-

Si vous avez répondu "Oui" à la question 29. a), avez-vous éprouvé (vous pouvez choisir plus d'une réponse) : - es29b_0/ es29b_1/ es29b_2/ es29b_3

	F : 61 (91,0%)	H : 61 (91,0%)	G : 122 (91,0%)
De la honte	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Un malaise	15 (24,6%)	5 (8,2%)	20 (16,4%)
Du dégoût	2 (3,3%)	0 (0%)	2 (1,6%)
De l'indifférence	45 (73,8%)	57 (93,4%)	102 (83,6%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 29. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ? - es29c

	F : 61 (91,0%)	H : 61 (91,0%)	G : 122 (91,0%)
Oui	17 (27,9%)	7 (11,5%)	24 (19,7%)
Non	43 (70,5%)	54 (88,5%)	97 (79,5%)
DM	1 (1,6%)	-	1 (0,8%)

Le manque de sommeil a-t-il eu un impact négatif sur votre sexualité ? - es30_0/ es30_1

		F	H	G
Pré	Oui	41 (61,2%)	3 (4,5%)	44 (32,8%)
	Non	12 (17,9%)	2 (3,0%)	14 (10,4%)
	Je n'ai pas manqué de sommeil	13 (19,4%)	62 (92,5%)	75 (56,0%)
	DM	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)
Post	Oui	59 (88,1%)	43 (64,2%)	102 (76,1%)
	Non	6 (9,0%)	15 (22,4%)	21 (15,7%)
	Je n'ai pas manqué de sommeil	1 (1,5%)	9 (13,4%)	10 (7,5%)
	DM	1 (1,5%)	-	1 (0,7%)

Avez-vous déjà eu/Votre partenaire a-t-elle déjà eu des écoulements de lait lors d'une activité sexuelle ? - es31a_0/ es31a_1

		F	H	G
Pré	Oui	6 (9,0%)	7 (10,4%)	13 (9,7%)
	Non	61 (91,0%)	60 (89,6%)	121 (90,3%)
Post	Oui	41 (61,2%)	43 (64,2%)	84 (62,7%)
	Non	26 (38,8%)	24 (35,8%)	50 (37,3%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 31. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ? - es31b

	F : 41 (F ayant eu écoulements, peu importe le temps)	H : 43 (H avec F ayant eu écoulements, peu importe le temps)	G : 84 (F ayant eu écoulements, peu importe le temps)
Oui	9 (22,0%)	5 (11,6%)	14 (16,7%)
Non	32 (78,0%)	38 (88,4%)	70 (83,3%)

Après la grossesse (postnatal), quelle a été votre perception de votre ventre/ du ventre de votre partenaire? - es32

	F	H	G
Très positive	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (2,2%)
Légèrement positive	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)
Légèrement négative	34 (50,7%)	20 (29,9%)	54 (40,3%)
Très négative	22 (32,8%)	3 (4,5%)	25 (18,7%)
Indifférence	8 (11,9%)	42 (62,7%)	50 (37,3%)

Pendant la grossesse (prénatal), avez-vous déjà eu/votre partenaire a-t-elle déjà eu des saignements après une activité sexuelle? - es33a

	F	H	G
Oui	28 (41,8%)	33 (49,3%)	61 (45,5%)
Non	39 (58,2%)	34 (50,7%)	73 (54,5%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 33. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ? - es33b

	F : 28 (41,8%)	H : 33 (49,3%)	G

Oui	28 (100% des F ayant eu saignements/41,8% des F)	30 (90,1% des H ayant vu des saignements/44,8% des H)	58 (95,1%)
Non	0 (%)	3 (9,1% des H ayant vu des saignements/4,5% des H)	3 (4,9%)

Pendant la grossesse (prénatal), avez-vous déjà senti les mouvements du bébé pendant les relations sexuelles ? - es34a

	F	H	G
Oui	62 (92,5%)	59 (88,1%)	121 (90,3%)
Non	5 (7,5%)	8 (11,9%)	13 (9,7%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 34. a), comment avez-vous réagi? - es34b_react/ es34b_react_prec

	F : 62 (92,5%)	H : 59 (88,1%)	G : 121 (90,3%)
Vous avez aimé cela	12 (19,4% des F ayant senti mvts/17,9% des F)	7 (11,9% des H ayant senti mvts/10,4% des H)	19 (15,7% des personnes du groupe ayant senti mvts/14,2% du groupe)
Vous avez eu peur	1 (1,6% des F ayant senti mvts /1,5% des F)	0 (0% des H ayant senti mvts/0% des H)	1 (0,8% des personnes du groupe ayant senti mvts/0,7% du groupe)
Vous vous êtes sentie inconfortable	33 (53,2% des F ayant senti mvts /49,9% des F)	36 (61,0% des H ayant senti mvts/53,7% des H)	69 (57,0% des personnes du groupe ayant senti mvts/51,5% du groupe)
Autre	16 (25,8% des F ayant senti mvts/23,9% des F) ▪ Drôle/rire : 5 ▪ Pas de réaction/ indifférence : 11	16 (27,1% des H ayant senti mvts/23,9% des H) ▪ Drôle/rire : 6 ▪ Pas de réaction/ indifférence : 8 ▪ Surprise : 1 ▪ *DM* : 1	32 (26,4% des personnes du groupe ayant senti mvts/23,9% du groupe)

- F :
  - Drôle/rire : 5
    - trouvé le mouvement "cute"! En avons ris un peu
    - c'était drôle!
    - nous avons ri ensemble
    - on est parti à rire ensemble!
    - on a juste ri ensemble!
  - Pas de réaction/indifférence : 11
    - Pas de réaction
    - on a fait comme si de rien n'était... plusieurs fois!

        - indifférence
        - aucune réaction particulière
        - pas de réaction en particulier
        - aucune réaction
        - pas de réaction particulière
        - aucune
        - nous n'avons pas eu de réaction
        - pas réagi
        - nous n'avons pas vraiment réagi

- H :
    - Drôle/rire : 6
        - On a en ri!
        - léger malaise, puis on a rit ensemble
        - on a rit
        - on a arrêté et on a ri un peu ensemble
        - c'était drôle, c'est tout!
        - c'était drôle
    - Pas de réaction/indifférence : 8
        - Je l'ai ignoré
        - aucune réaction particulière
        - je n'ai pas eu de réaction particulière
        - pas de réaction
        - pas de réaction
        - pas de réaction particulière on a fait comme si ça c'était pas passé
        - nous n'avons pas réagi plus que ça
        - on n'a essayé de pas avoir de réaction
    - Surprise : 1
        - ça m'a surpris
    - *DM* : 1

Après la grossesse (postnatal), avez-vous vécu une dépression postpartum ? - es35a

	F	H	G
Oui	7 (10,4%)	2 (3,0%)	9 (6,7%)
Non	60 (89,6%)	65 (97,0%)	125 (93,3%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 35. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ? - es35b

	F : 7 (10,4%)	H : 2 (3,0%)	G : 9 (6,7%)
Oui	7 (100% des F ayant eu dépression /10,4% des F)	2 (100% des H ayant eu dépression/3,0 des H)	9 (100)
Non	0 (0%)	0 (%)	0 (%)

Après la grossesse (postnatal), votre partenaire a-t-il vécu une dépression postpartum ? es36a

	F	H	G
Oui	2 (3,0%)	10 (14,9%)	12 (9,0%)
Non	65 (97,0%)	57 (85,1%)	122 (91,0%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 36. a), pensez-vous que cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ? - es36b

	F : 2 (3,0%)	H : 10 (14,9%)	G : 12 (9,0%)
Oui	2 (100% des F ayant eu part dépressif/3,0 des F)	8 (80% des H ayant eu part dépressive/11,9% des H)	10 (83,3%)
Non	0 (0%)	2 (20% des H ayant eu part dépressive/3,0% des H)	2 (16,7%)

Y a-t-il eu un changement dans la sensibilité de vos seins ? - f_es37_0/ f_es37_1

Pré	Oui, beaucoup plus sensibles	12 (17,9%)
	Oui, légèrement plus sensibles	46 (68,7%)
	Oui, légèrement moins sensibles	-
	Oui, beaucoup moins sensibles	-
	Aucun changement	8 (11,9%)
	DM	1 (1,5%)
Post	Oui, beaucoup plus sensibles	36 (53,7%)
	Oui, légèrement plus sensibles	26 (38,8%)
	Oui, légèrement moins sensibles	1 (1,5%)
	Oui, beaucoup moins sensibles	-
	Aucun changement	4 (6,0%)
	DM	-

Y a-t-il eu un changement dans votre perception de votre vagin ? - f_es38a_0/f_es38a_1

Pré	Oui	8 (11,9%)
	Non	59 (88,1%)
Post	Oui	41 (61,2%)
	Non	26 (38,8%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 38. a), comment votre perception a changé ? - f_es38b_0/f_es38b_1

Pré	F pré : 8 (11,9%)	
	Vagin plus sensible	7 (87,5% des F ayant eu chang dans perc/10,4% des F)
	Vagin moins sensible	1 (12,5% des F ayant eu chang dans perc/1,5% des F)
Post	F post : 41 (61,2%)	
	Vagin plus sensible	10 (24,4% des F ayant eu chang dans perc/14,9% des F)
	Vagin moins sensible	31 (75,6% des F ayant eu chang dans perc/46,3% des F)

Avez-vous eu des démangeaisons vulvaires ? - f_es39a_0/f_es39a_1

Pré	Oui	5 (7,5%)
	Non	61 (91,0%)
	DM	1 (1,5%)
Post	Oui	3 (4,5%)
	Non	63 (94,0%)
	DM	1 (1,5%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 39.a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ? - f_es39b_0/ f_es39b_1

Pré	F pré : 5 (7,5%)	
	Oui	5 (100% des F ayant eu démang/ 7,5% des F)
	Non	0 (0%)
Post	F post : 3 (4,5%)	
	Oui	3 (100% des F ayant eu démang/ 4,5% des F)
	Non	0 (0%)

Pendant la grossesse (prénatal), avez-vous déjà eu des douleurs abdominales après une activité sexuelle? f_es40a

Oui	39 (58,2%)
Non	28 (41,8%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 40. a), cela a-t-il influencé négativement votre sexualité ? - f_es40b

F : 39 (58,2%)	
Oui	31 (79,5% des F ayant eu douleur/46,3 % des F)
Non	8 (20,5% des F ayant eu douleur/11,9 % des F)

Avez-vous allaité ? - f_es41a

Oui	52 (77,6%)
Non	15 (22,4%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 41. a), l'allaitement a-t-il influencé votre sexualité ? - f_es41b

F : 52 (77,6%)	
Oui	36 (69,2% des F ayant allaité/53,7% des F)
Non	13 (25,0% des F ayant allaité/19,4% des F)

DM	○ 3 (5,8% des F ayant allaité/4,5% des F)

Après la grossesse, quelle(s) méthode(s) contraceptive(s) avec-vous utilisé(es) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - f_es42_0/ f_es42_1/ f_es42_2/ f_es42_3/ f_es42_4/ f_es42_5/ f_es42_6/ f_es42_7/f_es42_8/ f_es42_9/ f_es42_10/f_es42_11/ f_es42_12/f_es42_13/ f_es42_14/ f_es42_15/ f_es42_16/ f_es42_17_autre/ f_es42_17_autreprec

Méthode MAMA (méthode de l'allaitement et de l'aménorrhée)	4 (6,0%)
Condom masculin	55 (82,1%)
Dispositif intra-utérin (stérilet en cuivre)	1 (1,5%)
Système intra-utérin (Miréna)	1 (1,5%)
Micro-pilule /mini-pilule	32 (47,8%)
Contraceptifs oraux combinés (pilule)	10 (14,9%)

- Détails des combinaisons :
  - Condom seulement : 30 (44,8%)
  - Contraceptifs oraux combinés seulement : 5 (7,5%)
  - Méthode MAMA seulement : 4 (6,0%)
  - Micro-pilule seulement : 2 (3,0%)
  - Condom + Micro-pilule : 19 (28,4%)
  - Condom + Contraceptifs oraux combinés : 5 (7,5%)
  - Système intra-utérin seulement : 1 (1,5%)
  - Condom + Dispositif intra-utérin : 1 (1,5%)

Pendant la grossesse (prénatal), y a-t-il eu un changement dans le goût des sécrétions vaginales de votre partenaire ? h_es37a

Oui	34 (50,7%)
Non	5 (7,5%)
Je ne sais pas	28 (41,8%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 37. a), avez-vous ressenti… : - h_es37b

H : 34 (50,7%)	
Du plaisir	2 (5,9% des H ayant vu chang/3,0% des H)
Du dédain/du dégoût	1 (2,9% des H ayant vu chang/1,5% des H)
De l'indifférence	31 (91,2% des H ayant vu chang/46,3% des H)

Pendant la grossesse (prénatal), avez-vous déjà eu l'impression que le bébé regardait votre pénis lors d'une pénétration vaginale ? - h_es38

Oui	4 (6,0%)
Non	63 (94,0%)

Pendant la grossesse (prénatal), avez-vous déjà eu l'impression que vous pouviez toucher le bébé avec votre pénis lors d'une pénétration vaginale ?- h_es39

Oui	21 (31,3%)
Non	46 (68,7%)

Avez-vous noté un changement dans la sensation du vagin de votre partenaire lors d'une pénétration vaginale ?- h_es40_0/ h_es40_1

Pré	Oui	5 (7,5%)
	Non	62 (92,5%)
Post	Oui	41 (61,2%)
	Non	26 (38,8%)

Après la grossesse (postnatal), avez-vous eu l'impression que le vagin de votre partenaire était plus court/moins profond lors de la pénétration vaginale ?- h_es41

Oui	23 (34,3%)
Non	44 (65,7%)

Y a-t-il eu un changement dans votre excitation sexuelle ? - h_es42_0/h_es42_1

Pré	Oui, grande augmentations et/ou prend beaucoup moins de temps	1 (1,5%)
	Oui, légère augmentation et/ou prend légèrement moins de temps	6 (9,0%)
	Oui, légère diminution et/ou prend légèrement plus de temps	5 (7,5%)
	Oui, grande diminution et/ou prend beaucoup plus de temps	-
	Aucun changement	55 (82,1%)
	DM	-
Post	Oui, grande augmentations et/ou prend beaucoup moins de temps	1 (1,5%)
	Oui, légère augmentation et/ou prend légèrement moins de temps	3 (4,5%)
	Oui, légère diminution et/ou prend légèrement plus de temps	20 (29,9%)
	Oui, grande diminution et/ou prend beaucoup plus de temps	2 (3,0%)
	Aucun changement	41 (61,2%)
	DM	-

Y a-t-il eu un changement dans la fréquence de l'orgasme ? - h_es43_0/h_es43_1

Pré	Oui, grande	0 (0%)
	Oui, légère □:	1 (1,5%)
	Oui, légère □:	(1,5%)
	Oui, grande □:	11 (1,5%)
	Aucun changement	64 (95,5%)
	DM	-
Post	Oui, grande □	0 (0%)
	Oui, légère □:	1 (1,5%)
	Oui, légère □:	2 (3,0%)
	Oui, grande □:	2 (3,0%)
	Aucun changement	62 (92,5%)
	DM	-

Le fait d'assister à l'accouchement de votre conjointe a-t-il eu un impact sur votre sexualité? - h_es44

Oui, impact positif	2 (3,0%)
Oui, impact négatif	19 (28,4%)
Non, aucun impact	45 (67,2%)
Je n'ai pas assisté à l'accouchement	1 (1,5%)

L'allaitement a-t-il influencé votre sexualité : - h_es45a

H : 50 (74,6% des H)	
Oui, positivement	1 (2,0% des H dont la femme a allaité/1,5% des H)
Oui, négativement	15 (30,0% des H dont la femme a allaité/22,4% des H)
Non, aucune influence	33 (66,0% des H dont la femme a allaité/49,3% des H)
DM	1 (2,0% des H dont la femme a allaité/1,5% des H)

Aviez-vous la permission de votre conjointe pour toucher ses seins ? - h_es45b_0

H : 50 (74,6% des H)	
Oui	18 (36,0% des H dont la femme a allaité/26,9% des H)
Non	32 (64,0% des H dont la femme a allaité/47,8% des H)

Aviez-vous envie de voir l'allaitement ? - h_es45b_1

H : 50 (74,6% des H)	
Oui	45 (90,0% des H dont la femme a allaité/67,2% des H)
Non	5 (10,0% des H dont la femme a allaité/7,5% des H)

Aviez-vous envie de goûter au lait maternel ? - h_es45b_2

H : 50 (74,6% des H)	
Oui	29 (58,0% des H dont la femme a allaité/43,3% des H)
Non	1 (42,0% des H dont la femme a allaité/31,3% des H)

Étiez-vous excité sexuellement lors de l'allaitement ? - h_es45b_3

H : 50 (74,6% des H)	
Oui	8 (16,0% des H dont la femme a allaité/11,9% des H)
Non	42 (84,0% des H dont la femme a allaité/62,7% des H)

Vous êtes-vous déjà masturbé lors de l'allaitement ? - h_es45b_4

H : 50 (74,6% des H)	
Oui	7 (14,0% des H dont la femme a allaité/10,4% des H)
Non	43 (86,0% des H dont la femme a allaité/64,2% des H)

Étiez-vous excité de voir l'éjection de lait lors de l'orgasme de votre partenaire ? - h_es45b_5

H : 50 (74,6% des H)	
Oui	12 (24,0% des H dont la femme a allaité/17,9% des H)
Non	38 (76,0% des H dont la femme a allaité/56,7% des H)

Commentaires - comm6

- F : 2 (%)
    - la sexualité a été mise en stand by pendant la grossesse dû à mon état physique au repos et après la grossesse ça a pris un bon moment avant que le tout redevienne normal, même que je crois que c'est pas encore redevenu comme avant et que ça reviendra jamais comme avant...
    - J'ai eu une libido super forte pendant la grossesse mais avec la dépression après tout est devenu au ralenti et j'ai perdu presque toute ma sexualité et mon envie d'en avoir une. ça revient graduellement, mais c'est difficile de m'y remettre.
- H : 3 (%)
    - même si elle n'a pas été diagnostiqué officiellement je crois que ma conjointe a vécu une dépression postpartum
    - À la question 10b, postnatal, la réponse devrait être "aucun changement", afin de refléter ma réponse à la deuxième partie de la question 10a.
    - Compléter ce sondage m'excite. Je trouverez ma conjointe bientôt.
- G : 5 (%)

6. Besoins et services sexopérinataux (BSS)

Sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente grand inconfort et 10 un grand confort, veuillez indiquer le chiffre qui correspond à votre degré de confort à parler de sexualité avec un/une professionnel(le) de la santé pendant la période périnatale. - confort

	F : 67 (100%)	H : 67 (100%)	G : 134 (100%)
Moyenne	7,2	6,0	6,6
Écart type	2,60	2,16	2,46
0	2 (3,0%)	2 (3,0%)	4 (3,0%)
1	0 (0%)	2 (3,0%)	2 (1,5%)
2	3 (4,5%)	1 (1,5%)	4 (3,0%)
3	6 (9,0%)	5 (7,5%)	11 (8,2%)
4	1 (1,5%)	3 (4,5%)	4 (3,0%)
5	0 (0%)	6 (9,0%)	6 (4,5%)
6	4 (6,0%)	15 (22,4%)	19 (14,2%)
7	13 (19,4%)	19 (28,4%)	32 (23,9%)
8	15 (22,4%)	9 (13,4%)	24 (17,9%)
9	11 (16,4%)	4 (6,0%)	15 (11,2%)
10	12 (17,9%)	1 (1,5%)	13 (9,7%)

Veuillez justifier votre réponse. - confortraison

	F : 67 (100%)	H : 67 (100%)
Sujet intime/privé/personnel	9	16
Pas confortable	5	1
Confortable	12	7
En parle au besoin	11	26
La sexualité est importante à être abordée ; elle fait partie de la santé/phénomène naturel	19	7
Bonne relation avec sage-femme facilite confort	3	-
Sujet pas évident à aborder	3	5
Pas besoin d'en parler	-	2
Autres	5	3

- F : 67
  - Sujet intime/privé (9)
    - sujet privé
    - sujet intime
    - Sujet privé
    - C'est un sujet privé
    - c'est plus un sujet intime
    - c'est un sujet privé

        - C'est un peu gênant de parler de quelque chose d'aussi intime à un inconnu
        - C'est plutôt un sujet tabou et intime pour moi
        - je pense que c'est un sujet assez intime et difficilement abordable
    - Pas confortable (5)
        - Pas super confo d'aborder le sujet
        - Pas confortable à parler de sexualité en général encore moins avec professionnel
        - je ne suis pas super à l'aise à parler de sexualité même avec mes amies
        - la sexualité est normale dans la vie, mais ça reste gênant
        - ce n'Est pas sujet que j'aime aborder
    - Confortable (12)
        - Je n'ai pas eu souvent à en parler, les fois que je l'ai fait, je n'ai pas ressentie d'inconfort.
        - je suis assez ouverte d'esprit, je suis bien dans mon corps et j'ai confiance en moi, je suis moins à l'aise avec mon médecin
        - Je n'ai aucun problème a en discuter avec un professionnel de la santé.
        - Je ne suis pas si gênée de parler de sexualité.
        - je suis confortable avec ma sexualité et quand il faut en parler je ne me gêne pas
        - je suis très à l'aise avec ma sexualité et je vais en parler naturellement si ça va mal
        - je suis très à l'aise avec mon corps et ma sexualité et je n'hésite pas à en parler au besoin
        - aucun problème avec le sujet!
        - je n'ai pas de problème à parler de sexualité; c'est quelque chose de normal pour moi!
        - je suis très à l'aise avec mon corps et ma sexualité
        - je suis à l'aise dans ma sexualité et s'il faut en parler, j'en parle
        - je suis confortable de parler de sexualité avec un professionnel si j'ai des problèmes ou des questions
    - En parle au besoin (11)
        - je vais en parler au besoin
        - ça ne me dérange pas d'en parler si j'ai besoin
        - c'est gênant mais je crois qu'il faut en parler quand ça va mal
        - c'est un aspect qu'il faut considérer quand ça va mal
        - ce n'est pas un sujet que j'aime aborder à moins d'avoir de gros problèmes
        - si il le faut je vais en parler
        - c'est normal d'en parler si besoin
        - quand il faut en parler parce que il y a des problèmes, c'est correct
        - ça ne me dérange pas d'en parler au besoin
        - je crois qu'il faut en parler quand ça va mal ou quand on a des questions; je suis à l'aise dans ces cas-là
        - si j'ai des questions, je n'hésite pas à les poser, peu importe le sujet
    - La sexualité est importante à être abordée ; elle fait partie de la santé/phénomène naturel (19)

        - La sexualité fait partie de nous et il faut en parler si ça va pas bien. Il faut pas être gêné
        - C'est un aspect important à aborder donc il faut pas être gêné
        - ça fait partie de la vie et de la santé
        - C'est un aspect important de la santé générale
        - ça fait partie de la vie et de la santé
        - ça fait partie de la santé
        - c'est une partie normale de la santé
        - ça fait partie de la vie et de la santé
        - fait partie de la santé, c'est naturel
        - phénomène normal
        - ça fait partie de la santé
        - c'est naturel pour moi d'en parler; ça fait partie de la vie et de la santé, même si c'est parfois gênant
        - C'est un phénomène naturel de la vie et du corps; il faut en parler quand ça va mal
        - la sexualité c'est un domaine important de la santé
        - c'est naturel donc il faut en parler si ça va pas bien
        - la sexualité c'est naturel et ça fait partie de la vie, donc il faut en parler quand on a des problèmes!
        - c'Est quelque chose de naturel et il faut en parler si ça va mal
        - c'est quelque chose de naturel
        - normal
    - Bonne relation avec sage-femme facilite confort (3)
        - Bonne relation avec ma sage-femme. Facilite le degre de confort
        - De femme à femme, avec une sage-femme, cela ne me posait presque aucune gêne
        - J'ai été suivi avec une sage-femme et je suis très confortable de lui en parler
    - Sujet pas évident à aborder (3)
        - c'est naturel mais pas évident à aborder
        - pas évident à aborder
        - c'est un sujet important, mais qui reste délicat à aborder
    - Autres (5)
        - répondu à quelques questions de mon médecin
        - Après 16 semaines de douleurs vaginales, j'ai été consulter mon gynécologue.
        - 999
        - 999
        - 999

- H : 67
    - Sujet intime/privé/personnel (16)
        - pas confo avec personne. la sexualité est un sujet intime
        - pas tres confo car sujet intime
        - Sujet privée
        - La sexualité est un sujet plus intime

        - c'est quelque chose intime
        - ça me semble un sujet plutôt personnel
        - c'est un sujet personnel
        - c'est un sujet privé
        - c'est un sujet personnelle et intime
        - privé
        - sujet intime et privé
        - sujet personnel, pas évident à aborder
        - sujet intime mais c'est correct d'en parler s'il le faut
        - c'est plutôt un sujet intime, à mon avis
        - je trouve que c'est plutôt un sujet intime et privé
        - c'est un sujet plutôt intime pour moi
    - Pas confortable (1)
        - Je ne suis pas confortable à discuter de ma sexualité avec des gens autre que mon épouse.
    - Confortable (7)
        - Je n'ai jamais ressenti de malaise particulier à parler de ma sexualité avec un professionnel de la santé.
        - je me sens confortable
        - On est très ouvert
        - je n'ai pas de problème à parler de sexualité si le professionnel est réceptif
        - je suis très ouvert
        - Je suis à l'aise avec mon corps et ma sexualité et s'il faut que je parle des problèmes sexuels que j'ai, je vais le faire
        - s'il en parle le premier, je serai encore plus à l'aise!
    - En parle au besoin (26)
        - si il faut en parler, c'est correct
        - Quand il faut en parler, ça ne me dérange pas tant que ça.
        - je vais en parler si j'ai des problèmes ou des questions
        - c'est important d'en parler quand il y a des problèmes
        - si j'en ai besoin, je le ferai
        - si j'ai des problèmes je vais en parler
        - ça dépend avec qui mais si j'ai des problèmes il faut en parler alors je prends mon courage à deux mains et je me lance!
        - si il y a des problèmes, il faut en parler
        - si j'en ai besoin je vais en parler mais je vais être un peu gêné
        - si le professionnel en parle, je vais en parler, mais je préfère ne pas en parler d'emblée
        - si il faut en parle, je vais le faire mais je vais être plus confortable avec mon médecin de famille
        - si j'ai des questions je vais les poser
        - je vais en parler si c'est nécessaire mais c'est plutôt gênant
        - si j'ai un problème je vais en parler
        - c'est parfois gênant, mais quand il faut en parler, je crois que c'est important de le faire

        - ce n'est pas un sujet facile à aborder, mais je vais le faire quand j'ai un gros problème que je n'arrive pas à régler moi-même après m'avoir renseigné de mon côté avant
        - c'est un sujet intime, mais quand il y a des problèmes, je dois en parler
        - je vais en parler seulement si j'ai un besoin ou quelque chose va mal
        - je suis ouvert à en parler si ça va pas bien
        - si ça va pas, je vais en parler; sinon, je préfère ne pas aborder le sujet
        - ça ne me dérange pas d'en parler si j'ai des problèmes ou des questions
        - je pense que c'est plutôt un sujet intime, mais je vais en parler si j'ai des problèmes
        - je parle de sexualité avec mon médecin au besoin, mais je préfère de ne pas en parler d'emblée si ça va bien
        - je vais en parler à un professionnel si j'ai des questions précises
        - c'est un sujet un peu intime, mais il faut en parler quand on a des questions ou si ça va mal
        - sujet intime, mais quand il faut en parler, il faut en parler!
    - La sexualité est importante à être abordée ; elle fait partie de la santé/phénomène naturel (7)
        - c'est un sujet normal dont il faut parler
        - c'est un phénomène normal si j'ai un problème je vais en parler avec un professionnel
        - ça fait partie de la santé
        - pas évident à aborder mais il faut en parler parce que c'est naturel
        - la sexualité fait partie de la vie et il faut en parler si ça ne va pas bien
        - je pense que c'est un phénomène normal et je suis à l'aise d'en parler, surtout si ça va mal et qu'il faut régler un problème qui dérange
        - cela fait partie de la santé et c'est normal d'en parler quand ça va moins bien
    - Sujet pas évident à aborder/gênant (5)
        - Nous sommes très ouverts et nous parlons de sexualité dans le couple, mais avec un professionnel de la santé, c'est moins évident.
        - Avec ma conjointe et mes amis, c'est correct, mais c'est plus gênant avec un professionnel.
        - c'est gênant de parler de sexe avec un médecin
        - pas évident à aborder
        - ce n'est pas un sujet évident à parler et surtout à aborder
    - Pas eu besoin d’en parler (2)
        - Pas eu besoin.
        - Aucun interet.
    - Autres (3)
        - surtout si c'est un homme c'est moins gênant
        - J'ai consulté avec une thérapeute sexuel pendant 5 sessions un peu avant la grossese.
        - 999

Mini-résumé du BSS

- Suivi rencontres prénatales ?
  - Oui : F=45 (67,2%) / H=42 (62,7%) / G=87 (64,9%)
    - Sexualité abordée ?
      - Oui : F=7 (15,6% des oui/10,4% du groupe) / H=9 (21,4% des oui/13,4% du groupe) / G=16 (18,4% des oui/11,9% du groupe)
      - Non : F=38 (84,4% des oui/56,7% du groupe) / H=33 (78,6% des oui/49,3% du groupe) / G=71 (81,6% des oui/53,0% du groupe)
  - Non : F=22 (32,8%) / H=25 (37,3%) / G=47 (35,1%)
- Suivi rencontres postnatales ?
  - Oui : F=7 (10,4%) / H=9 (13,4%) / G=16 (11,9%)
    - Sexualité abordée ?
      - Oui : F=6 (85,7% des oui/9,0% du groupe) / H=6 (66,7% des oui/9,0% du groupe) / G=12 (75,0% des oui/9,0% du groupe)
      - Non : F=1 (14,3% des oui/1,5% du groupe) / H=3 (33,3% des oui/4,5% du groupe) / G=4 (25,0% des oui/3,0% du groupe)
  - Non : F=60 (89,6%) / H=58 (86,6%) / G=118 (88,1%)
- Dans suivi pré, sexualité abordée ?
  - Oui : F=15 (22,4%) / H=14 (20,9%) / G=29 (21,6%)
  - Non : F=52 (77,6%) / H=53 (79,1%)/ G=105 (78,4%)
- Dans suivi post, sexualité abordée ?
  - Oui : F=59 (88,1%) / H=55 (82,1%) / G=114 (85,1%)
  - Non : F=8 (11,9%) / H=12 (17,9%) / G=20 (14,9%)
- Renseigné autrement pendant grossesse ?
  - Oui : F=57 (85,1%) / H=40 (59,7%) / G=97 (72,4%)
  - Non : F=10 (14,9%) / H=27 (40,3%) / G=37 (27,6%)
- Renseigné autrement après grossesse ?
  - Oui : F=61 (91,0%)/ H=50 (74,6%) / G=111 (82,8%)
  - Non : F=6 (9,0%) / H=17 (25,4%) / G=23 (17,2%)
- Sexualité = importante à aborder pendant grossesse ?
  - Oui : F=62 (92,5%) / H=60 (89,6%) / G=122 (91,0%)
  - Non : F=5 (7,5%) / H=7 (10,4%) / G=12 (9,0%)
- Sexualité = important à aborder après grossesse ?
  - Oui : F=61 (91,0%) / H=62 (92,5%) / G=123 (91,8%)
  - Non : F=6 (9,0%) / H=5 (7,5%) / G=11 (8,2%)

Avez-vous suivi des cours ou des rencontres prénatales ? - rpre

	F	H	G
Oui	45 (67,2%)	42 (62,7%)	87 (64,9%)
Non	22 (32,8%)	25 (37,3%)	47 (35,1%)

→ *pour ceux qui ont suivi des rencontres prénatales*

La sexualité y a-t-elle été abordée ? - rpresex

	F : 45	H : 42	G : 87
Oui	7 (15,6%)	9 (21,4%)	16 (18,4%)
Non	38 (84,4%)	33 (78,6%)	71 (81,6%)

→ *pour ceux qui ont suivi des rencontres prénatales ET que la sexualité y a été abordée*

Qui a fait les rencontres ? - rpresex1 / ~~rpresex1_autre~~

	F : 7	H : 9	G : 16
Infirmière/infirmier	0 (0%)	1 (11,1%)	1 (6,3%)
Sage-femme	5 (71,4%)	5 (55,6%)	10 (62,5%)
Accompagnante à la naissance/doula	2 (28,6%)	2 (22,2%)	4 (25,0%)
DM	-	1 (11,1%)	1 (6,3%)

Était-ce des cours ou des rencontres... - rpresex2

	F : 7	H : 9	G : 16
En privé	6 (85,7%)	6 (66,7%)	12 (75,0%)
En groupe	1 (14,3%)	3 (33,3%)	4 (25,0%)

Qui a initié la discussion sur la sexualité ? - rpresex3

	F : 7	H : 9	G : 16
Le/la professionnel(le)	7 (100%)	9 (100%)	16 (100%)

Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - rpresex4_0 / rpresex4_1 / rpresex4_2 / rpresex4_3 / rpresex4_4 / rpresex4_5 / rpresex4_6 / rpresex4_7 / rpresex4_8 / rpresex4_9 / rpresex4_10 / rpresex4_11/ rpresex4_12 / rpresex4_13 / rpresex4_14 / rpresex4_15 / rpresex4_16 / rpresex4_17/ rpresex4_18/ rpresex4_19 / rpresex4_20 / rpresex4_21/ rpresex4_22 / rpresex4_23/ rpresex4_24/ rpresex4_25/ rpresex4_26_autre/ rpresex4_26_autreprec

	F : 7	H : 9	G : 16
La pénétration vaginale (coït)	7 (100%)	7 (77,8%)	14 (87,5%)
Le désir sexuel (libido)	7 (100%)	8 (88,9%)	15 (93,8%)

Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité	7 (100%)	9 (100%)	16 (100%)
Les positions sexuelles	3 (42,9%)	4 (44,4%)	7 (43,8%)
L'orgasme	1 (14,3%)	0 (0%)	1 (6,3%)
La satisfaction sexuelle	2 (28,6%)	3 (33,3%)	5 (31,3%)
Les zones érogènes chez la femme	1 (14,3%)	0 (0%)	1 (6,3%)
Les zones érogènes chez l'homme	1 (14,3%)	0 (0%)	1 (6,3%)
Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification	7 (100%)	8 (88,9%)	15 (93,8%)
Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation	4 (57,1%)	5 (55,6%)	9 (56,3%)
Les seins de la femme enceinte/qui allaite	6 (85,7%)	7 (77,8%)	13 (81,3%)
Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)	1 (14,3%)	1 (11,1%)	2 (12,5%)
La masturbation (seule ou avec partenaire)	1 (14,3%)	0 (0%)	1 (6,3%)
Les changements du vagin	3 (42,9%)	5 (55,6%)	8 (50,0%)
L'importance de la sexualité	6 (85,7%)	6 (66,7%)	12 (75,0%)
L'image corporelle	7 (100%)	8 (88,9%)	15 (93,8%)
Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme	2 (28,6%)	3 (33,3%)	5 (31,3%)
Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme	0 (0%)	2 (22,2%)	2 (12,5%)
La communication dans le couple par rapport à la sexualité	5 (71,4%)	6 (66,7%)	11 (68,8%)
L'impact de la fatigue sur la sexualité	7 (100%)	8 (88,9%)	15 (93,8%)
L'allaitement et son impact sur la sexualité	5 (71,4%)	6 (66,7%)	11 (68,8%)
La contraception postnatale	5 (71,4%)	7 (77,8%)	12 (75,0%)
La perception des seins :	4 (57,1%)	3 (33,3%)	7 (43,8%)
L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité	5 (71,4%)	6 (66,7%)	11 (68,8%)
Autre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ? - rpresex5

	F : 7	H : 9	G : 16
Oui	7 (100%)	9 (100%)	16 (100%)
Non	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Cela vous a-t-il satisfait ? - rpresex6

	F : 7	H : 9	G : 16

Très satisfait	4 (57,1%)	5 (55,6%)	9 (56,3%)
Satisfait	3 (42,9%)	4 (44,4%)	7 (43,8%)

Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ? / Si vous avez répondu "Oui" à la question 7 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ? - rpresex7a / rpresex7b

		F : 7	H : 9	G : 16
Oui		4 (57,1%)	6 (66,7%)	10 (62,5%)
	Spontanément offert en français	1	2	3
	Demandé	3	4	7
Non		3 (42,9%)	3 (33,3%)	6 (37,5%)

Les services reçus étaient-ils en français ? / Si vous avez répondu "Non" à la question 8. a) : La langue a-t-elle été un obstacle ? / Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ? - rpresex8a / rpresex8b_0 / rpresex8b_1

		F : 7	H : 9	G : 16
Oui		4 (57,1%)	6 (66,7%)	10 (62,5%)
Non		3 (42,9%)	3 (33,3%)	6 (37,5%)
	Langue = obstacle ? → Oui	0	0	5
	Langue = obstacle ? → Non	3	2	0
	DM	-	1	1
	Préféré en français ? → Oui	2	2	5
	Préféré en français ? → Non	1	0	0
	DM	-	1	1

→ *pour ceux qui ont suivi des rencontres prénatales ET que la sexualité n'y a pas été abordée*

À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - rprenosex1_0 / rprenosex1_1/ rprenosex1_2 / rprenosex1_3 / rprenosex1_4 / rprenosex1_5 / rprenosex1_6 / rprenosex1_7 / rprenosex1_8 / rprenosex1_9 / rprenosex1_10_autre / rprenosex1_10_autreprec

	F : 38	H : 33	G : 71
Manque de temps	22 (57,9%)	18 (54,5%)	40 (56,3%)
Manque de connaissances de la part de l'intervenant	12 (31,6%)	7 (21,2%)	19 (26,8%)
Manque de formation	4 (10,5%)	1 (3,0%)	5 (7,0%)

de la part de l'intervenant			
Manque d'expérience de la part de l'intervenant	3 (7,9%)	0 (0%)	3 (4,2%)
Ne fait pas partie des fonctions de l'intervenant	5 (%)	4 (12,1%)	9 (12,7%)
Inconfort/gêne de la part de l'intervenant	12 (13,2%)	10 (30,3%)	22 (31,0%)
Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou	18 (47,4%)	15 (45,5%)	33 (46,5%)
Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant	1 (2,6%)	0 (0%)	1 (1,4%)
L'intervenant n'a pas initié la discussion	12 (31,6%)	9 (27,3%)	21 (29,6%)
La sexualité n'est pas une priorité	24 (63,1%)	22 (66,7%)	46 (64,8%)
Autre	7 (18,4%) - manque de ressources - pas dans les cours en ligne - pas de place dans les cours en ligne - cela n'a pas été abordé dans les cours en ligne - on n'en parlait pas dans les cours en ligne - pas dans le curriculum en ligne! - pas un sujet abordé dans les cours en ligne	4 (12,1%) - ça faisait pas partie des cours en ligne - pas abordé en ligne - cela n'a pas été abordé dans les cours en ligne - oubli?	11 (15,5%)

Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ? / Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes? - rprenosex2a / rprenosex2b

		F : 38	H : 33	G : 71
Oui		32 (84,2%)	31 (93,9%)	63 (88,7%)
	Être informé et mieux comprendre	7	13	-
	Être rassuré	7	2	
	Être prévenu/préparé des changements possibles	5	10	
	Que le sujet soit abordé	10	3	
	Autre	3	3	
Non		6 (15,8%)	Non : 2 (6,1%)	8 (11,3%)

- F : 38
  - Oui : 32 (84,2%)
    - Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes ?
      - Être informé et mieux comprendre (7)
        - pour savoir ce qui se passe et si je suis normale
        - J'aurais aimé savoir les raisons de ce qui se passait chez moi
        - j'aurais aimé en apprendre plus sur le sujet pour mieux comprendre la situation
        - cela aurait été intéressant d'en savoir plus sur le sujet
        - je ne comprenais pas ce qui arrivait
        - j'ai eu qques problèmes et j'aurais aimé comprendre
        - comme certaines choses allaient moins bien, j'aurais aimé être informé, rassuré et conseillé
      - Être rassuré (7)
        - Pour normalizer ce qu un couple peut vivre après l arrive d un enfant car j'ai été très inquiète par la suite de voir que cela ne revenait pas à la normale.
        - j'aurais aimé être rassurée
        - j'aurais aimé être rassurée
        - être rassurée, je voulais savoir ce qui se passerait
        - quand je parlais à des amies, j'étais la seule qui avait une libido si forte! J'aurais aimé être un peu rassuré que c'était normal.
        - J'aurais aimé savoir si j'étais normale d'avoir autant de libido! quand je lisais des choses sur le sujet, je me sentais seule!!!
        - j'aurais aimé être rassurée sur certaines choses
      - Être prévenu/préparé des changements possibles (5)

        - J'aurais aimé être préparé aux changements
        - Beaucoup de changements qu'on est pas prévenu.
        - J'aurais aimé être avertie et savoir comment les gérer
        - je pense qu'il faut préparer à la sexualité après la grossesse et les changements qu'on va rencontrer
        - j'aurais aimé parlé de sexualité pour savoir ce qui se passait et allait se passer après
    - Que le sujet soit abordé (10)
        - Ça aurait été intéressant d'en parler, au cas où ça aurait été mal dans le domaine pendant la grossesse
        - On a pas eu de problèmes, mais ça aurait été intéressant que ça soit inclu dans les cours en ligne.
        - J'aurais aimé savoir si c'était normal d'avoir les hormones dans le tapis et d'avoir autant de libido! J'aurais aimé que les cours en ligne aborde le sujet, même brièvement, mais il ne semble pas que ce soit un sujet assez important à inclure dans leurs cours en ligne !
        - même si je n'en n'ai pas eu besoin, j'aurais aimé en parler car il me semble que j'avais beaucoup de libido surtout pendant la grossesse!!! ;-)
        - comme j'ai dit c'est un aspect important de la santé dont il faut parler à mon avis. la grossesse change la sexualité et ça aurait été bien de savoir comment exactement
        - c'est un sujet normal, il faut en parler
        - comme la sexualité est quelque chose de naturel dont il faut parler, j'aurais aimé qu'elle fasse partie des cours; ça m'aurait aussi rassurée
        - Puisque c'est un sujet naturel, j'aurais aimé qu'il soit abordé pour mieux connaître les changements possibles et savoir si ce que je vivais était normal
        - puisque la sexualité change pendant la grossesse, je crois qu'il aurait été important d'en parler pour être informé; la sexualité est un aspect important de la santé globale à mon avis
        - ça n'a beau pas sembler une priorité, je pense qu'il faut en parler car il y a beaucoup de changements qui pourraient être expliqués pour rassurer les parents
    - Autre (3)
        - ça peut toujours être pratique puisque c'est un phénomène naturel dont il faut tenir compte
        - les changements auraient pu être expliqués mieux
        - j'avais des questions et j'ai dû aller sur internet pour aller des réponses
- Non : 6 (15,8%)

- H : 33
    - Oui : 31 (93,9%)
        - Qu’est-ce qui aurait comblé vos attentes ?
            - Être informé et mieux comprendre (13)
                - pour savoir ce qui se passait chez ma partenaire
                - pour savoir ce qui se passe et ce qui peut se passer
                - Connaissances générales et possibilités de comprendre les tabous?
                - c'est toujours intéressant de savoir ce qui se passe et pourquoi
                - j'aurais aimé comprendre ce qui se passait chez ma conjointe!
                - il aurait été intéressant d'avoir des informations sur le sujet pour mieux comprendre ce qui se passait
                - je n'étais pas prêt à affronter la situation
                - j'aurais aimé mieux comprendre ce qui se passait
                - je ne me sentais pas prêt à affronter les changements et j'aurais aimé être informé un peu plus
                - j'aurais aimé savoir ce qui se passait, les raisons pourquoi ça se passait et si c'était normal ce qu'on vivait
                - j'Avais des questions mais pas de réponses
                - bien d'avoir des réponses à nos questions
                - j'aurais aimé avoir des réponses à mes questions
            - Être rassuré (2)
                - pour prévenir les problèmes, rassurer et normaliser les vécus différents des couples
                - j'aurais aimé savoir ce qui passait réellement dans notre cas et pouvoir se comparer à d'autres, pour voir si notre expérience était unique
            - Être prévenu/préparé des changements possibles (10)
                - être prévenu des changements possibles dans le couple
                - fun de savoir ce qui peut se passer
                - j'aurais aimé que l'on nous parle des changements possibles pour en être informés
                - j'aurais aimé être prévenu de ce qui se passait et ce qui se passerait
                - j'aurais aimé avoir été prévenu des changements
                - beaucoup de changements et j'aurais aimé les connaitre
                - ma conjointe et moi avons vécu beaucoup de changements au plan sexuel et j'aurais aimé en savoir plus sur le sujet pour qu'on se prépare
                - on a vécu beaucoup de changements et j'aurais aimé être prévenu et soutenu dans ces derniers
                - on avait pas de problèmes, mais il aurait été bien de savoir ce qui pouvait se passer, surtout après

        - considérant que notre sexualité s'est mis au neutre, j'aurais aimé savoir d'avance que ça allait arriver et savoir quoi faire pendant et après
    - Que le sujet soit abordé (3)
        - aurait pu faire partie des cours
        - Ça aurait été intéressant que cela soit abordé car c'est un sujet normal
        - je crois que ça aurait été bien de l'aborder car on vivait plusieurs changements et les références sur le sujet étaient pas super. ce n'est pas évident de tout gérer les changements tout seul
    - Autre (3)
        - pourquoi pas? la sexualité change, surtout avec une grossesse de jumeaux!
        - plein de changement
        - pleins de changements pas évidents à gérer
- Non : 2 (6,1%)

Auriez-vous préféré que les services soient en français ? - rprenosex3

	F : 38	H : 33	G : 71
Oui	37 (97,4%)	33 (100%)	70 (98,6%)
Non	1 (2,6%)	0 (0%)	1 (1,4%)

Avez-vous suivi des cours ou des rencontres postnatales ? - rpost

	F	H	G
Oui	7 (10,4%)	9 (13,4%)	16 (11,9%)
Non	60 (89,6%)	58 (86,6%)	118 (88,1%)

→ *pour ceux qui ont suivi des rencontres postnatales*

La sexualité y a-t-elle été abordée ? - rpostsex

	F : 7	H : 9	G : 16
Oui	6 (85,7%)	6 (66,7%)	12 (75,0%)
Non	1 (14,3%)	3 (33,3%)	4 (25,0%)

→ *pour ceux qui ont suivi des rencontres postnatales ET que la sexualité y a été abordée*

Qui a fait les rencontres ? - rpostsex1 / ~~rpostsex1_autre~~

	F : 6	H : 6	G : 12
Infirmière/infirmier	-	-	-
Sage-femme	5 (83,3%)	5 (83,3%)	10 (83,3%)
Accompagnante à la naissance/doula	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (16,7%)
DM	-	-	

Était-ce des cours ou des rencontres... - rpostsex2

	F : 6	H : 6	G : 12
En privé	6 (100%)	6 (100%)	12 (100%)
En groupe	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Qui a initié la discussion sur la sexualité ? - rpostsex3

	F : 6	H : 6	G : 12
Le/la professionnel(le)	6 (100%)	6 (100%)	12 (100%)

Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - rpostsex4_0 / rpostsex4_1 / rpostsex4_2 / rpostsex4_3 / rpostsex4_4 / rpostsex4_5 // rpostsex4_6 / rpostsex4_7 / rpostsex4_8 / rpostsex4_9 / rpostsex4_10 / rpostsex4_11 / rpostsex4_12 / rpostsex4_13 / rpostsex4_14 / rpostsex4_15 / rpostsex4_16 / rpostsex4_17 / rpostsex4_18/ rpostsex4_19 / rpostsex4_20 / rpostsex4_21 / rpostsex4_22 / rpostsex4_23 / rpostsex4_24 / rpostsex4_25 / rpostsex4_26_autre/ rpostsex4_26_autreprec

	F : 6	H : 6	G : 12
La pénétration vaginale (coït)	6 (100%)	6 (100%)	12 (100%)
Le désir sexuel (libido)	6 (100%)	6 (100%)	12 (100%)

Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité	5 (83,3%)	5 (83,3%)	10 (83,3%)
Les positions sexuelles	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (16,7%)
L'orgasme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La satisfaction sexuelle	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (16,7%)
Les zones érogènes chez la femme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Les zones érogènes chez l'homme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification	6 (100%)	6 (100%)	12 (100%)
Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation	4 (66,7%)	4 (66,7%)	8 (66,7%)
Les seins de la femme enceinte/qui allaite	4 (66,7%)	4 (66,7%)	8 (66,7%)
Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La masturbation (seule ou avec partenaire)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Les changements du vagin	3 (50,0%)	3 (50,0%)	6 (50,0%)
L'importance de la sexualité	5 (83,3%)	4 (66,7%)	9 (75,00%)
L'image corporelle	5 (83,3%)	5 (83,3%)	10 (83,3%)
Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme	1 (16,7%)	1 (16,7%)	2 (16,7%)
Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La communication dans le couple par rapport à la sexualité	4 (66,7%)	4 (66,7%)	8 (66,7%)
L'impact de la fatigue sur la sexualité	5 (83,3%)	5 (83,3%)	10 (83,3%)
L'allaitement et son impact sur la sexualité	5 (83,3%)	5 (83,3%)	10 (83,3%)
La contraception postnatale	6 (100%)	6 (100%)	12 (100%)
La perception des seins	3 (50,0%)	3 (50,0%)	6 (50,0%)
L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité	2 (33,3%)	2 (33,3%)	4 (33,3%)
Autre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ? - rpostsex5

	F : 6	H : 6	G : 12
Oui	6 (100%)	6 (100%)	12 (100%)
Non	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Cela vous a-t-il satisfait ? - rpostsex6

	F : 6	H : 6	G : 12
Très satisfait	5 (83,3%)	4 (66,7%)	9 (66,7%)
Satisfait	1 (16,7%)	2 (33,3%)	3 (33,3%)

Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ? / Si vous avez répondu "Oui" à la question 7 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ? - rpostsex7a / rpostsex7b

		F : 6	H : 6	G : 12
Oui		4 (66,7%)	4 (66,7%)	8 (66,7%)
	Spontanément offert en français	1	1	2
	Demandé	3	3	6
Non		2 (33,3%)	2 (33,3%)	4 (33,3%)

Les services reçus étaient-ils en français ? / Si vous avez répondu "Non" à la question 8. a) : La langue a-t-elle été un obstacle ? / Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ? - rpostsex8a / rpostsex8b_0 / rpostsex8b_1

		F : 6	H : 6	G : 12
Oui		4 (66,7%)	4 (66,7%)	8 (66,7%)
Non		2 (33,3%)	2 (33,3%)	4 (33,3%)
	Langue = obstacle ? → Oui	0	0	4
	Langue = obstacle ? → Non	2	2	0
	DM	-	-	-
	Préféré en français ? → Oui	2	2	4
	Préféré en français ? → Non	0	0	0
	DM	-	-	-

→ *pour ceux qui ont suivi des rencontres postnatales ET que la sexualité n'y a pas été abordée*

À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - rpostnosex1_0 / rpostnosex1_1 / rpostnosex1_2 / rpostnosex1_3 / rpostnosex1_4 / rpostnosex1_5 / rpostnosex1_6 / rpostnosex1_7 / rpostnosex1_8 / rpostnosex1_9 / rpostnosex1_10_autre / rpostnosex1_10_autreprec

	F : 1	H : 3	G : 4
Manque de temps	1 (100%)	1 (33,3%)	2 (50,0%)
Manque de connaissances de la part de l'intervenant	1 (100%)	1 (33,3%)	2 (50,0%)
Manque de formation de la part de l'intervenant	1 (100%)	0 (0%)	1 (25,0%)
Manque d'expérience de la part de l'intervenant	1 (100%)	0 (0%)	1 (25,0%)
Ne fait pas partie des	0 (0%)	2 (66,7%)	2 (50,0%)

fonctions de l'intervenant			
Inconfort/gêne de la part de l'intervenant	1 (100%)	1 (33,3%)	2 (50,0%)
Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou	1 (100%)	2 (66,7%)	3 (75,0%)
Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
L'intervenant n'a pas initié la discussion	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La sexualité n'est pas une priorité	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Autre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ? / Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes? - rpostnosex2a / rpostnosex2b

- F : 1
  - Oui : 1 (100%)
    - Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes ?
      - Même chose qu'avant. J'aurais aimé savoir si j'étais normale d'avoir autant de libido! quand je lisais des choses sur le sujet, je me sentais seule!!!
  - Non : 0 (0%)
- H : 3
  - Oui : 2 (66,7%)
    - Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes ?
      - Idem. Questions de comprendre surtout quand on ose pas poser les questions par gene.
      - Même commentaire que précédent. j'aurais aimé savoir ce qui passait réellement dans notre cas et pouvoir se comparer à d'autres, pour voir si notre expérience était unique
  - Non : 1 (33,3%)
- G : 4
  - Oui : 3 (75,0%)
  - Non : 1 (25,0%)

Auriez-vous préféré que les services soient en français ? - rpostnosex3

	F : 1	H : 3	G : 4
Oui	1 (100%)	3 (100%)	4 (100%)
Non	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Pendant la grossesse (prénatal), dans vos visites médicales de routine avec un professionnel de la santé (médecin, sage-femme), la sexualité a-t-elle été abordée ? - suivipre

	F	H	G
Oui	15 (22,4%)	14 (20,9%)	29 (21,6%)
Non	52 (77,6%)	53 (79,1%)	105 (78,4%)

→ *pour ceux qui ont abordé la sexualité pendant la grossesse lors des visites médicales de routine avec un professionnel de la santé (médecin, sage-femme)*

Qui a fait les suivis? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - suivipresex1_0 / suivipresex1_1 / suivipresex1_2 / suivipresex1_3_autre / suivipresex1_3_autreprec

	F : 15	H : 14	G : 29
Infirmière/infirmier	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Médecin/gynécologue	8 (53,3%)	7 (50,0%)	15 (51,7%)
Sage-femme	7 (46,7%)	7 (50,0%)	14 (48,3%)
DM	-	-	-

Qui a initié la discussion sur la sexualité ? - suivipresex2

	F : 15	H : 14	G : 29
Vous	4 (26,7%)	0 (0%)	4 (13,8%)
Votre partenaire	1 (6,7%)	3 (21,4%)	4 (13,8%)
Le/la professionnel(le)	10 (66,7%)	11 (78,6%)	21 (72,4%)
DM	-	-	-

Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - suivipresex3_0 / suivipresex3_1 / suivipresex3_2 / suivipresex3_3 / suivipresex3_4 / suivipresex3_5 / suivipresex3_6 / suivipresex3_7 / suivipresex3_8 / suivipresex3_9 / suivipresex3_10 / suivipresex3_11 / suivipresex3_12 / suivipresex3_13 / suivipresex3_14/ suivipresex3_15 / suivipresex3_16 / suivipresex3_17 / suivipresex3_18 / suivipresex3_19 / suivipresex3_20 / suivipresex3_21 / suivipresex3_22 / suivipresex3_23 / suivipresex3_24 / suivipresex3_25 / suivipresex3_26_autre / suivipresex3_26_autreprec

	F : 15	H : 14	G : 29
La pénétration vaginale (coït)	12 (80,0%)	13 (92,9%)	25 (86,2%)
Le désir sexuel (libido)	8 (53,3%)	10 (71,4%)	18 (62,1%)
Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité	6 (40,0%)	7 (50,0%)	13 (44,8%)

Les positions sexuelles	2 (13,3%)	4 (28,6%)	6 (20,7%)
L'orgasme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La satisfaction sexuelle	2 (13,3%)	5 (35,7%)	7 (24,1%)
Les zones érogènes chez la femme	0 (0%)	1 (7,1%)	1 (3,4%)
Les zones érogènes chez l'homme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification	6 (40,0%)	9 (64,3%)	15 (51,9%)
Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation	4 (26,7%)	5 (35,7%)	9 (31,0%)
Les seins de la femme enceinte/qui allaite	4 (26,7%)	5 (35,7%)	9 (31,0%)
Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La masturbation (seule ou avec partenaire)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Les changements du vagin	3 (20,0%)	4 (28,6%)	7 (24,1%)
L'importance de la sexualité	6 (40,0%)	6 (42,9%)	12 (41,4%)
L'image corporelle	5 (33,3%)	6 (42,9%)	11 (37,9%)
Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme	3 (20,0%)	3 (24,4%)	6 (20,7%)
Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La communication dans le couple par rapport à la sexualité	5 (33,3%)	6 (42,9%)	11 (37,9%)
L'impact de la fatigue sur la sexualité	7 (46,7%)	7 (50,0%)	14 (48,3%)
L'allaitement et son impact sur la sexualité	3 (20,0%)	3 (24,4%)	6 (20,7%)
La contraception postnatale	5 (33,3%)	7 (50,0%)	12 (41,4%)
La perception des seins	2 (13,3%)	3 (24,4%)	5 (17,2%)
L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité	5 (33,3%)	5 (35,7%)	10 (34,5%)
Autre	5 (33,3%) - Les contractions pendant la grossesse - l'impact du coit qui provoquerait un travail prématuré - l'arrêt des relations sexuelles en fin de grossesse - les restrictions de relations au début et à la fin de la	1 (7,1%) - quand ne pas avoir de relations	6 (20,7%)

	grossesse - les interdictions du coït		

Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ? - suivipresex4

	F : 15	H : 14	G : 29
Oui	5 (33,3%)	6 (42,9%)	11 (37,9%)
Non	10 (66,7%)	8 (57,1%)	18 (62,1%)

Cela vous a-t-il satisfait ? - suivipresex5

	F : 15	H : 14	G : 29
Très satisfait	4 (26,7%)	7 (50,0%)	11 (37,9%)
Satisfait	4 (26,7%)	2 (14,3%)	6 (20,7%)
Peu satisfait	2 (13,3%)	3 (21,4%)	5 (17,2%)
Pas du tout satisfait	4 (26,7%)	2 (14,3%)	6 (20,7%)
DM	1 (6,7%)	-	1 (3,4%)

Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ? / Si vous avez répondu "Oui" à la question 6 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ? - suivipresex6a / suivipresex6b

		F : 15	H : 14	G : 29
Oui		7 (46,7%)	7 (50,0%)	14 (48,3%)
	Spontanément offert en français	4	4	8
	Demandé	3	3	6
Non		8 (53,3%)	7 (50,0%)	15 (51,7%)

Les services reçus étaient-ils en français ? / Si vous avez répondu "Non" à la question 7. a) : La langue a-t-elle été un obstacle ? / Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ? - suivipresex7a / suivipresex7b_0 / suivipresex7b_1

		F : 15	H : 14	G : 29
Oui		7 (46,7%)	7 (50,0%)	14 (48,3%)
Non		8 (53,3%)	7 (50,0%)	15 (51,7%)
	Langue = obstacle ? → Oui	5	4	12
	Langue = obstacle ? → Non	3	2	2
	DM	-	1	1
	Préféré en français ? → Oui	8	6	14
	Préféré en français ? → Non	0	0	0
	DM	-	1	1

→ pour ceux qui n'ont pas abordé la sexualité pendant la grossesse lors des visites médicales de routine avec un professionnel de la santé (médecin, sage-femme)

À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - suiviprenosex1_0 / suiviprenosex1_1 / suiviprenosex1_2 / suiviprenosex1_3 / suiviprenosex1_4 / suiviprenosex1_5 / suiviprenosex1_6 / suiviprenosex1_7 / suiviprenosex1_8 / suiviprenosex1_9 / suiviprenosex1_10_autre / suiviprenosex1_10_autreprec

	F : 52	H : 53	G : 105
Manque de temps	41 (78,8%)	30 (56,6%)	71 (67,6%)
Manque de connaissances de la part de l'intervenant	19 (36,5%)	11 (20,8%)	30 (28,6%)
Manque de formation de la part de l'intervenant	5 (9,6%)	4 (7,5%)	9 (8,6%)
Manque d'expérience de la part de l'intervenant	1 (1,9%)	0 (0%)	1 (1,0%)
Ne fait pas partie des fonctions de l'intervenant	13 (25,0%)	10 (18,9%)	23 (21,9%)
Inconfort/gêne de la part de l'intervenant	32 (61,5%)	25 (47,2%)	57 (54,3%)
Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou	29 (55,8%)	29 (54,7%)	58 (55,2%)
Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
L'intervenant n'a pas initié la discussion	23 (44,2%)	18 (34,0%)	41 (39,0%)
La sexualité n'est pas une priorité	37 (71,2%)	30 (56,6%)	67 (63,8%)
Autre	1 (1,9%) - Je ne crois pas que mon médecin en parle anyways !	0 (0%)	1 (1,0%)

Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ? - Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que

la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes? - suiviprenosex2a / suiviprenosex2b

		F : 52	H : 53	G : 105
Oui		42 (80,8%)	42 (79,2%)	84 (80,0%)
	Être informé et mieux comprendre	10	17	-
	Être rassuré	12	-	
	Être prévenu/préparé des changements possibles	5	10	
	Que le sujet soit abordé	11	8	
	Autre	4	7	
Non		10 (19,2%)	11 (20,8%)	21 (20,0%)

- F : 52
  - Oui : 42 (80,8%)
    - Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes ?
      - Être informé et mieux comprendre (10)
        - pour me rassurer et comprendre les liens
        - encore une fois, cela aurait été intéressant d'en apprendre sur le sujet pour mieux comprendre ce qui se passe et ce qui peut se passer
        - peut-être que ça aurait été utile d'avoir des informations sur l'après accouchement
        - même chose : comme certaines choses allaient moins bien, j'aurais aimé être informé, rassuré et conseillé
        - encore une fois, la sexualité est un aspect naturel de la santé et j'aurais aimé être informé de ce qui se passait et pouvait se passer
        - j'aurais aimé avoir plus d'informations sur le sujet, sur ce que je vivais et ce qui allait arriver après
        - je n'ai pas eu de problème, mais j'aurais aimé être au courant des causes des changements vécus et à venir
        - pour en savoir plus sur le sujet
        - je ne comprenais pas ce qui arrivait
        - j'ai eu qques problèmes et j'aurais aimé comprendre
      - Être rassuré (12)
        - j'aurais aimé être rassurée face à mes problèmes
        - J'aurais aimé être confirmée dans mes problèmes pour me rassurer et me dire que tout est normal, que je ne suis pas la seule avec plusieurs problèmes
        - j'aurais aimé savoir ce qui se passe et si tout était normal
        - j'ai eu une libido très haute et j'aurais voulu savoir si c'était normal. je me suis renseignée autrement mais ça aurait été bien que le docteur m'en parle un peu.

    - encore une fois, j'aurais aimé être rassurée de ce qui se passait
    - j'aurais aimé être rassurée de mon expérience qui semblait unique!
    - comme la sexualité change aussi avec la grossesse, j'aurais aimé être rassurée envers les changements que je vivais et être plus informée sur le sujet
    - j'aurias aimé être rassurée et avoir des réponses à mes questions pour savoir si c'était normal ce que je vivais
    - j'aurais aimé être rassurée
    - être rassurée, je voulais savoir ce qui se passerait
    - quand je parlais à des amies, j'étais la seule qui avait une libido si forte! J'aurais aimé être un peu rassuré que c'était normal.
    - j'aurais aimé être rassurée sur certaines choses
- Être prévenu/pérparé des changements possibles (5)
    - Encore une fois j'aurais aimé être prévenu des changements possibles surtout avec la césarienne et la cicatrice
    - Encore une fois, être prévenu est important et peut-être qu'il aurait pu m'Aider dans mes problème et mes questions
    - le médecin aurait pu me prévenir de ce qui allait se passer
    - je pense qu'il faut préparer à la sexualité après la grossesse et les changements qu'on va rencontrer
    - les changements auraient pu être expliqués mieux
- Que le sujet soit abordé (11)
    - Ça aurait été bien que mon médecin l'aborde, mais il a à peine de temps pour moi et il me semble qu'il ne serait pas à l'aise... J'aurais aimé qu'il prenne le temps de voir comment je vais avec mon conjoint
    - J'aurais aimé aborder le sujet avec le docteur aussi. Des réponses médicales auraient été appréciées.
    - on a pas eu de problème mais j'imagine que pour ceux qui en ont c'est important. ça aurait été bien qu'il l'aborde quand même qu'on avait pas besoin d'informations
    - cela aurait été bien qu'il aborde le sujet
    - j'aurais aimé que le sujet soit abordé pour me comparer
    - c'est un domaine naturel qu'il faut aborder car ça fait partie de la santé en général
    - je sais que les professionnels ont beaucoup de choses à passer en peu de temps, mais ils pourraient au moins poser une question ou donner des informations sur le

sujet sur papier pour rassurer et prévenir les problèmes possibles face aux changements
        - je pense qu'il faudrait inclure le sujet dans la liste des sujets importants qui subissent des changments
        - la sexualité devrait faire partie des suivis normaux pour répondre aux questions, comme moi j'en avais
        - comme j'ai dit c'est un aspect important de la santé dont il faut parler à mon avis. la grossesse change la sexualité et ça aurait été bien de savoir comment exactement
        - Puisque c'est un sujet naturel, j'aurais aimé qu'il soit abordé pour mieux connaître les changements possibles et savoir si ce que je vivais était normal
    - Autre (4)
        - 999
        - J'avais des questions, mais je n'ai pas oser les demander. Les rendez-vous étaient déjà très chargés et tout allait rapidement. Aussi, je n'étais pas à l'aise d'en discuter avec mon obstétricien et je suis certaine qu'il n'était pas à l'aise lui non plus! ;-)
        - peut-être qu'il aurait fallu en parler mais c'est trop intime et privé comme sujet
        - j'avais des questions et j'ai dû aller sur internet pour aller des réponses
- Non : 10 (19,2%)

- H : 53
    - Oui : 42 (79,2%)
        - Qu’est-ce qui aurait comblé vos attentes ?
            - Être informé et mieux comprendre (17)
                - encore une fois savoir ce qui se passe chez ma conjointe
                - pour savoir ce qui se passe
                - j'aurais aimé comprendre ce qui se passait chez ma femme
                - besoin d'infos
                - cela aurait pu répondre à certaines de mes questions
                - J'aurais aimé comprendre ce qui se passait chez ma conjointe plus
                - cela aurait été intéressant de savoir ce qui se passait
                - certaines informations auraient été utiles
                - pour être plus informé sur le sujet
                - j'avais encore des questions
                - Ça aurait été bienn d'avoir des infos sur le sujet pour mieux comprendre les changements que l'on vit ou que l'on pourrait vivre, comme dans tous les autres domaines de la santé pendant et après la grossesse.

    - Connaissances générales et possibilités de comprendre les tabous?
    - ma conjointe et moi avons vécu beaucoup de changements au plan sexuel et j'aurais aimé en savoir plus sur le sujet pour qu'on se prépare
    - j'aurais aimé mieux comprendre ce qui se passait
    - j'aurais aimé savoir ce qui se passait, les raisons pourquoi ça se passait et si c'était normal ce qu'on vivait
    - bien d'avoir des réponses à nos questions
    - j'aurais aimé avoir des réponses à mes questions
- Être prévenu/au courant des changements possibles/être rassuré (10)
    - être prévenu
    - j'aurais aimé être courant des changements
    - encore une fois, j'aurais aimé être informé des changements possibles
    - j'aurais aimé être prévenu de ce qui se passait et ce qui allait se passer
    - on a vécu beaucoup de changements sexuels et j'aurais aimé être prévenu ou du moins rassuré et informé pour mieux comprendre
    - j'aurais bien aimé en savoir plus sur le sujet et être prévenu des changements possibles pendant et après la grossesse
    - j'aurais aimé avoir été prévenu des changements
    - je n'étais pas prêt à affronter la situation
    - on a vécu beaucoup de changements et j'aurais aimé être prévenu et soutenu dans ces derniers
    - j'aurais aimé savoir ce qui passait réellement dans notre cas et pouvoir se comparer à d'autres, pour voir si notre expérience était unique
- Que le sujet soit abordé (8)
    - au moins pour ouvrir le sujet
    - ça aurait été bien d'en parler et d'avoirdes réponses
    - j'aurais aimé qu'on en parle surtout après l'accouchement
    - le médecon aurait pu en parler
    - ça aurait été bien d'en discuter à ce moment-là, car c'est le seul contact professionnel médical qu'on a eu
    - j'aurais aimé qu'il pose au moins une question pour nous permettre d'aborder le sujet ou au moins nous donner des références sur le sujet
    - si le médecin en avait parlé, j'aurais posé mes question pour savoir si ce que nous vivions était standard

        - je crois que ça aurait été bien de l'aborder car on vivait plusieurs changements et les références sur le sujet étaient pas super. ce n'est pas évident de tout gérer les changements tout seul
    - Autres (7)
        - c'est un pendant important de notre vie
        - on avait des questions, mais il manquait de temps à chaque rencontre.
        - pourquoi pas?!
        - pourquoi pas? c'est normal après tout
        - pourquoi pas? on vit des changements, pas tous négatifs, mais c'est intéressant de savoir pourquoi
        - sujet intime et privé
        - pleins de changements pas évidents à gérer
- Non : 11 (20,8%)

Auriez-vous préféré que les services soient en français ? - suiviprenosex3

	F : 52	H : 53	G : 105
Oui	51 (98,1%)	51 (96,2%)	102 (97,1%)
Non	1 (1,9%)	2 (3,8%)	3 (2,9%)

Après la grossesse (postnatal), dans vos visites médicales de routine avec un professionnel de la santé (médecin, sage-femme), la sexualité a-t-elle été abordée ? - suivipost

	F	H	G
Oui	59 (88,1%)	55 (82,1%)	114 (85,1%)
Non	8 (11,9%)	12 (17,9%)	20 (14,9%)

→ *pour ceux qui ont abordé la sexualité après la grossesse lors des visites médicales de routine avec un professionnel de la santé (médecin, sage-femme)*

Qui a fait les suivis? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - suivipostsex1_0/ suivipostsex1_1 / suivipostsex1_2 / suivipostsex1_3_autre / suivipostsex1_3_autreprec

	F : 59	H : 55	G : 114
Infirmière/infirmier	1 (1,7%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Médecin/gynécologue	51 (86,4%)	49 (89,1%)	100 (87,7%)
Sage-femme	7 (11,9%)	6 (10,9%)	13 (11,4%)
DM	-	-	-

Qui a initié la discussion sur la sexualité ? - suivipostsex2

	F : 59	H : 55	G : 114
Vous	25 (42,4%)	1 (1,8%)	26 (22,8%)
Votre partenaire	0 (0%)	22 (40,0%)	22 (19,3%)
Le/la professionnel(le)	34 (57,6%)	32 (58,2%)	66 (57,9%)
DM	-	-	-

Quels sont les sujets qui ont été abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - suivipostsex3_0 / suivipostsex3_1 / suivipostsex3_2 / suivipostsex3_3 / suivipostsex3_4 / suivipostsex3_5 / suivipostsex3_6 / suivipostsex3_7 / suivipostsex3_8 / suivipostsex3_9 / suivipostsex3_10 / suivipostsex3_11 / suivipostsex3_12 / suivipostsex3_13 / suivipostsex3_14 / suivipostsex3_15 / suivipostsex3_16 / suivipostsex3_17 / suivipostsex3_18 / suivipostsex3_19 / suivipostsex3_20 / suivipostsex3_21 / suivipostsex3_22 / suivipostsex3_23 / suivipostsex3_24 / suivipostsex3_25 / suivipostsex3_26_autre / suivipostsex3_26_autreprec

	F : 59	H : 55	G : 114
La pénétration vaginale (coït)	49 (83,1%)	50 (90,9%)	99 (86,8%)
Le désir sexuel (libido)	6 (10,2%)	8 (14,5%)	14 (12,3%)
Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité	5 (8,5%)	5 (9,1%)	10 (8,8%)
Les positions sexuelles	2 (3,4%)	3 (5,5%)	5 (4,4%)
L'orgasme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La satisfaction sexuelle	2 (3,4%)	3 (5,5%)	5 (4,4%)
Les zones érogènes chez la femme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Les zones érogènes chez l'homme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Les problèmes sexuels chez la	10 (16,9%)	11 (20,0%)	21 (18,4%)

femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification			
Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation	4 (6,8%)	4 (7,3%)	8 (7,0%)
Les seins de la femme enceinte/qui allaite	3 (5,1%)	7 (12,7%)	10 (8,8%)
Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La masturbation (seule ou avec partenaire)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Les changements du vagin	5 (8,5%)	5 (9,1%)	10 (8,8%)
L'importance de la sexualité	4 (6,8%)	7 (12,7%)	11 (9,6%)
L'image corporelle	5 (8,5%)	5 (9,1%)	10 (8,8%)
Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme	2 (3,4%)	3 (5,5%)	5 (4,4%)
Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
La communication dans le couple par rapport à la sexualité	5 (8,5%)	6 (10,9%)	11 (9,6%)
L'impact de la fatigue sur la sexualité	5 (8,5%)	7 (12,7%)	12 (10,5%)
L'allaitement et son impact sur la sexualité	9 (15,3%)	8 (14,5%)	17 (14,9%)
La contraception postnatale	49 (83,1%)	49 (89,1%)	98 (86,0%)
La perception des seins	3 (5,1%)	3 (5,5%)	6 (5,3%)
L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité	6 (10,2%)	7 (12,7%)	13 (11,4%)
Autre	7 (11,9%) - Les douleurs vaginales - temps pour que la déchirure se cicatrice et quand on peut reprendre les relations sexuelles - le temps pour reprendre les relations - quand recommencer les rapports pour éviter de brimer la cicatrisation	6 (10,9%) - quand on peut reprendre les rapports - quand on pouvait recommencer les relations sexuelles - combien de temps pour cicatriser - combien de temps avant de reprendre les rapports après la césarienne - la lubrification	13 (11,4%)

	- combien de temps pour guérir la cicatrice de la césarienne avant de reprendre les relations sexuelles + impact chimique de la dépression sur le désir - la lubrification - les effets des déchirures	- déchirure et conséquences	

Des ressources ou des outils vous ont-ils été donnés ? - suivipostsex4

	F : 59	H : 55	G : 114
Oui	14 (23,7%)	16 (29,1%)	30 (26,3%)
Non	45 (76,3%)	38 (69,1%)	83 (72,8%)
DM	-	1 (1,8%)	1 (0,9%)

Cela vous a-t-il satisfait ? - suivipostsex5

	F : 59	H : 55	G : 114
Très satisfait	4 (6,8%)	7 (12,7%)	11 (9,6%)
Satisfait	11 (18,6%)	12 (21,8%)	23 (20,2%)
Peu satisfait	25 (42,4%)	22 (40,0%)	47 (41,2%)
Pas du tout satisfait	19 (32,2%)	14 (25,5%)	33 (28,9%)
DM	-	-	-

Avez-vous eu la possibilité d'être servi en français ? / Si vous avez répondu "Oui" à la question 6 a), les cours ont-ils été offerts spontanément en français ou avez-vous dû en faire la demande ? - suivipostsex6a / suivipostsex6b

		F : 59	H : 55	G : 114
Oui		35 (59,3%)	32 (58,2%)	67 (58,8%)
	Spontanément offert en français	18	18	36
	Demandé	15	14	29
	DM	2	-	2
Non		24 (40,7%)	22 (40,0%)	46 (40,4%)
DM		-	1 (1,8%)	1 (0,9%)

Les services reçus étaient-ils en français ? / Si vous avez répondu "Non" à la question 7. a) : La langue a-t-elle été un obstacle ? / Auriez-vous préféré qu'ils soient en français ? - suivipostsex7a / suivipostsex7b_0 / suivipostsex7b_1

		F : 59	H : 55	G : 114
Oui		30 (50,8%)	28 (50,9%)	58 (50,9%)
Non		29 (49,2%)	26 (47,3%)	55 (48,2%)

	Langue = obstacle ? → Oui	25	22	47
	Langue = obstacle ? → Non	4	3	7
	DM	-	1	1
	Préféré en français ? → Oui	28	25	53
	Préféré en français ? → Non	1	0	1
	DM	-	1	1
DM		-	1 (1,8%)	1 (0,9%)

→ *pour ceux qui n'ont pas abordé la sexualité après la grossesse lors des visites médicales de routine avec un professionnel de la santé (médecin, sage-femme)*

À votre avis, pourquoi la sexualité n'a-t-elle pas été abordée ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - suivipostnosex1_0 / suivipostnosex1_1 / suivipostnosex1_2 / suivipostnosex1_3 / suivipostnosex1_4 / suivipostnosex1_5 / suivipostnosex1_6 / suivipostnosex1_7 / suivipostnosex1_8 / suivipostnosex1_9 / suivipostnosex1_10_autre / suivipostnosex1_10_autreprec

	F : 8	H : 12	G : 20
Manque de temps	4 (50,0%)	2 (16,7%)	6 (30,0%)
Manque de connaissances de la part de l'intervenant	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Manque de formation de la part de l'intervenant	0 (0%)	1 (8,3%)	1 (5,0%)
Manque d'expérience de la part de l'intervenant	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Ne fait pas partie des fonctions de l'intervenant	1 (12,5%)	4 (33,3%)	5 (25,0%)
Inconfort/gêne de la part de l'intervenant	2 (25,0%)	2 (16,7%)	4 (20,0%)
Sujet intime, privé, sensible et/ou tabou	4 (50,0%)	5 (41,7%)	9 (45,0%)
Désintérêt professionnel envers la sexualité de la part de l'intervenant	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
L'intervenant n'a pas initié la discussion	2 (25,0%)	2 (16,7%)	4 (20,0%)
La sexualité n'est pas une priorité	2 (25,0%)	8 (66,7%)	10 (50,0%)
Autre	0 (0%)	1 (8,3%)	1 (5,0%)

		- je ne sais pas parce que je n'étais pas là	

Auriez-vous eu besoin d'information concernant la sexualité et auriez-vous aimé que le sujet soit abordé ? - Si vous avez répondu "Oui" à la question 2 a), pourquoi auriez-vous aimé que la sexualité soit abordée? Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes? - suivipostnosex2a / suivipostnosex2b

- F : 8
  - Oui : 4 (50,0%)
    - Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes ?
      - effet de l'allaitement sur sexualité
      - 999
      - Même si la doula en a parlé, j'aurais aimé avoir plus de conseils médicaux.
      - pour en savoir plus sur le sujet
  - Non : 4 (50,0%)
- H : 12
  - Oui : 8 (66,7%)
    - Qu'est-ce qui aurait comblé vos attentes ?
      - Être informé et mieux comprendre (7)
        - savoir ce qui se passe et quand ça va revenir
        - Idem : Questions de comprendre surtout quand on ose pas poser les questions par gene.
        - on aurait aimé avoir des réponses à nos questions d'un point de vue du médecin
        - J'aurais aimé avoir des informations sur ce qui se passe et combien de temps ça prend pour revenir
        - pour mieux comprende ce qui se passait
        - sujet à aborder pour comprendre ce qui se passe
        - voir réponse précédente : pour être plus informé sur le sujet
      - Que le sujet soit abordé (1)
        - que quelqu'un en parle même si ce n'est pas une priorité.
  - Non : 4 (33,3%)
- G : 20
  - Oui : 12 (60,0%)
  - Non : 8 (40,0%)

Auriez-vous préféré que les services soient en français ? - suivipostnosex3

	F : 8	H : 12	G : 20
Oui	8 (100%)	10 (83,3%)	18 (90,0%)
Non	0 (0%)	2 (16,7%)	2 (10,0%)

Pendant la grossesse (prénatal), vous êtes-vous renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ? - sourcepre

	F	H	G
Oui	57 (85,1%)	40 (59,7%)	97 (72,4%)
Non	10 (14,9%)	27 (40,3%)	37 (27,6%)

→ *pour ceux qui se sont renseignés autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité pendant la grossesse*

Quelle(s) ressource(s) avez-vous consultée(s) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - sourcepreoui1_0 / sourcepreoui1_1 / sourcepreoui1_2 / sourcepreoui1_3 / sourcepreoui1_4 / sourcepreoui1_5 / sourcepreoui1_6 / sourcepreoui1_7_autre / sourcepreoui1_7_autreprec

	F : 57	H : 40	G : 97
Articles de revues, magazines et journaux	20 (35,1%)	1 (2,5%)	21 (21,6%)
Livre	33 (57,9%)	1 (2,5%)	34 (35,1%)
Amie/amies	40 (70,2%)	10 (25,0%)	50 (51,5%)
Famille	8 (14,0%)	0 (0%)	8 (8,2%)
Internet	54 (94,7%)	40 (100%)	94 (96,9%)
Télévision	1 (1,8%)	0 (0%)	1 (1,0%)
Autre	1 (1,8%) - forum de discussion entre mamans	1 (2,5%) - Ma conjointe !	2 (2,1%)

Ces ressources vous ont-elles satisfait ? - sourcepreoui2

	F : 57	H : 40	G : 97
Très satisfait	3 (5,3%)	2 (5,0%)	5 (5,2%)
Satisfait	17 (29,8%)	3 (7,5%)	20 (20,6%)
Peu satisfait	32 (56,1%)	23 (57,5%)	55 (56,7%)
Pas du tout satisfait	4 (7,0%)	12 (30,0%)	16 (16,5%)
DM	1 (1,8%)	-	1 (1,0%)

Était-ce en français ? / Si vous avez répondu "Non" à la question 3. a), la langue a-t-elle été un obstacle? - sourcepreoui3a / sourcepreoui3b

		F : 57	H : 40	G : 97
Oui		51 (89,5%)	31 (77,5%)	82 (84,5%)
Non		6 (10,5%)	9 (22,5%)	15 (15,5%)
	Langue = obstacle ? → Oui	4	3	7
	Langue = obstacle ? → Non	2	6	8

	DM	-	-	

→ *pour ceux qui ne se sont pas renseignés autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité pendant la grossesse*

Pourquoi ne vous êtes-vous pas renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ? - sourceprenon

	F : 10	H : 27	G : 37
	10 (14,9%)	27 (40,3%)	37 (27,6%)
Pas besoin	4	15	-
A eu info par sage-femme	4	4	
Sujet tabou	1	-	
Avait discuté avec amies/famille	1	-	
A cherché sur Internet	-	1	
A eu info de la conjointe	-	1	
Changement normal	-	3	
Autre	-	3	

- F : 10 (14,9%)
  - Pas besoin (4)
    - Je n'avais pas de questions ou d'inquiétudes
    - puisque j'ai assez de ressources personnelles pour répondre à mes questionnements; connaissances et amies dans le domaine de la santé
    - j'avais déjà lu des choses sur la question et je savais ce qui pouvait arriver
    - je n'en ressentais pas le besoin pendant la grossesse
  - A eu info par sage-femme (4)
    - La sage femme avait fourni (verbalement) tous les informations nécessaires.
    - ma sage-femme nous avait donné beaucoup d'informations et je n'ai pas ressenti le besoin d'aller en chercher davantage
    - j'ai eu toute l'information nécessaire de ma sage-femme
    - j'avais eu assez d'informations de la sage-femme et quand j'avais des questions je l'appelais tout simplement nous avons eu une très bonne relation entre nous
  - Sujet tabou (1)
    - c'est un sujet que je n'aime pas aborder
  - Avait discuté avec amies/famille (1)
    - j'avais été prévenue par des amies et ma famille
- H : 27 (40,3%)
  - Pas besoin (15)
    - pas besoin

        - Pas besoin
        - pas besoin
        - pas besoin
        - pas besoin
        - je n'ai pas ressenti le besoin
        - Pas besoin. Très comfortable.
        - Je n'ai pas sentie le besoin.
        - je n'en n'ai pas ressenti le besoin
        - pas de problème, pas besoin
        - pas besoin
        - pas besoin
        - pas besoin
        - je n’ai pas eu de besoin particulier
        - Ce n'est pas un besoin que j'ai ressenti. Des amis et mon père m'avaient confiés leurs expériences, expériences dont j'ai été critique envers la véracité des propos.
    - A cherché sur Internet (1)
        - J'ai fait certaines recherches sur Internet et cela m'a suffit.
    - A eu info par sage-femme (4)
        - pas besoin car la sage-femme nous avait tout expliqué
        - on en avait déjà eu beaucoup de la sage-femme
        - la sage-femme nous avait tout dit
        - j'avais eu assez d'informations de la sage-femme
    - A eu info de la conjointe (1)
        - Ma femme me rapportait de l'information constamment! Pas besoin de faire mes propres recherches!
    - Changement normal (3)
        - je me disais que c'était normal de voir une drop dans la sexualité, surtout à la fin
        - Je me suis dit que c'était un changement normal pendant la grossesse. ça allait revenir après.
        - je savais déjà que ça allait descendre et éventuellement revenir car c'est normal
    - Autre (3)
        - Ce n'étais pas la priorité.
        - Sujet pas facile à aborder avec un inconnu
        - 999
- G : 37 (27,6%)

Après la grossesse (postnatal), vous êtes-vous renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ? - sourcepost

	F	H	G
Oui	61 (91,0%)	50 (74,6%)	111 (82,8%)
Non	6 (9,0%)	17 (25,4%)	23 (17,2%)

→ *pour ceux qui se sont renseignés autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité après la grossesse*

Quelle(s) ressource(s) avez-vous consultée(s) ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - sourcepostoui1_0/ sourcepostoui1_1 / sourcepostoui1_2 / sourcepostoui1_3 / sourcepostoui1_4 / sourcepostoui1_5 / sourcepostoui1_6 / sourcepostoui1_7_autre / sourcepostoui1_7_autreprec

	F : 61	H : 50	G : 111
Articles de revues, magazines et journaux	27 (44,3%)	1 (2,0%)	28 (25,2%)
Livre	37 (60,7%)	2 (4,0%)	39 (35,1%)
Amie/amies	47 (77,0%)	8 (16,0%)	55 (49,5%)
Famille	17 (27,9%)	0 (0%)	17 (15,3%)
Internet	55 (90,2%)	49 (98,0%)	104 (93,7%)
Télévision	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (0,9%)
Autre	2 (3,3%) - forum de discussion entre mamans - mon psychologue	1 (2,0%) - Ma conjointe	3 (2,7%)

Ces ressources vous ont-elles satisfait ? - sourcepostoui2

	F : 61	H : 50	G : 111
Très satisfait	3 (4,9%)	1 (2,0%)	4 (3,6%)
Satisfait	18 (29,5%)	5 (10,0%)	23 (20,7%)
Peu satisfait	29 (47,5%)	24 (48,0%)	53 (47,7%)
Pas du tout satisfait	10 (16,4%)	20 (40,0%)	30 (27,0%)
DM	1 (1,6%)	-	1 (0,9%)

Était-ce en français ? / Si vous avez répondu "Non" à la question 3. a), la langue a-t-elle été un obstacle? - sourcepostoui3a / sourcepostoui3b

		F : 61	H : 50	G : 111
Oui		56 (91,8%)	40 (80,0%)	96 (86,5%)
Non		5 (8,2%)	10 (20,0%)	15 (13,5%)
	Langue = obstacle ? → Oui	4	3	7
	Langue = obstacle ? → Non	1	7	8
	DM	-	-	-

→ *pour ceux qui ne se sont pas renseignés autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité après la grossesse*

Pourquoi ne vous êtes-vous pas renseigné autrement qu'auprès d'un professionnel de la santé en ce qui concerne la sexualité ? - sourcepostnon

	F : 6	H : 17	G : 23
	6 (9,0%)	(25,4%)	23 (17,2%)
Pas besoin	2	9	-
A eu info par sage-femme	2	4	
Sujet tabou	1	-	
Avait discuté avec amies/famille	1	-	
A eu info par conjointe	-	2	
Autre	-	2	

- F : 6 (9,0%)
  - Pas besoin (2)
    - Je n'avais pas de questions ou d'inquiétudes
    - je n'en ai pas ressenti le besoin
  - A eu info par sage-femme (2)
    - La sage femme avait founir tous les informations nécessaires.
    - j'ai eu quelques questions et j'ai consulté ma sage-femme tout simplement
  - Avait discuté avec amies (1)
    - je savais que c'était normal de vivre une baisse de sexualité car mes amies viennent d'avoir des enfants et on en a discuté beaucoup entre nous filles
  - Sujet tabou (1)
    - c'est un sujet que je n'aime pas aborder
- H : 17 (25,4%)
  - Pas besoin (9)
    - Nous n'avons jamais eu de problème en ce qui concerne la sexualité. Mis à part les quelques premières semaines suivant l'accouchement, notre vie sexuelle a recommencé rapidement. Nous avons aussi tous les deux une grande communication, et nous avons fréquemment abordé les questions de sexualité.
    - Pas besoin
    - Ce n'étais pas requis et ma conjointe est infirmière. Ceci rend la discussion plus comme une habitude de vie et non un besoin de consulter.
    - Je n'ai pas sentie le besoin.
    - pas besoin
    - pas de problème noté
    - pas besoin
    - pas besoin
    - pas besoin

    - A eu info de sage-femme (4)
        - la sage-femme nous avait tout dit
        - la sage-femme nous avait donné l'information nécessaire
        - pas de question particulière sur le sujet comme on a eu déjà de l'information de la sage-femme
        - la sage-femme avait tout couvert, il me semble!
    - A eu info de la conjointe (2)
        - ma conjointe avait fait les recherches et m'a transmis des infos
        - Ma femme me ramenait de l'information et quand j'avais des questions, je lui demandais tout simplement de faire la recherche pour moi!
    - Autres (2)
        - Sujet pas facile à aborder avec un inconnu
        - 999
- G : 23 (17,2%)

La sexualité est-elle importante d'être abordée par un professionnel de la santé pendant la grossesse (prénatal) ? - impsexpre

	F	H	G
Oui	62 (92,5%)	60 (89,6%)	122 (91,0%)
Non	5 (7,5%)	7 (10,4%)	12 (9,0%)

→ *pour ceux que la sexualité est importante d'être abordée par un professionnel de la santé pendant la grossesse*

Quels sont les sujets qui devraient être abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - impsexpreoui1_0/ impsexpreoui1_1 / impsexpreoui1_2 / impsexpreoui1_3 / impsexpreoui1_4 / impsexpreoui1_5 / impsexpreoui1_6 / impsexpreoui1_7 / impsexpreoui1_8 / impsexpreoui1_9 / impsexpreoui1_10 / impsexpreoui1_11 / impsexpreoui1_12 / impsexpreoui1_13 / impsexpreoui1_14 / impsexpreoui1_15 / impsexpreoui1_16 / impsexpreoui1_17 / impsexpreoui1_18 / impsexpreoui1_19 / impsexpreoui1_20 / impsexpreoui1_21 / impsexpreoui1_22 / impsexpreoui1_23/ impsexpreoui1_24 / impsexpreoui1_25 / impsexpreoui1_26_autre / impsexpreoui1_26_autreprec

	F : 62	H : 60	G : 122
La pénétration vaginale (coït)	59 (95,2%)	55 (91,7%)	114 (93,4%)
Le désir sexuel (libido)	58 (93,5%)	57 (95,0%)	115 (94,3%)
Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité	53 (85,5%)	51 (85,0%)	104 (85,2%)
Les positions sexuelles	19 (30,6%)	10 (16,7%)	29 (23,8%)
L'orgasme	4 (6,5%)	2 (3,3%)	6 (4,9%)
La satisfaction sexuelle	17 (27,4%)	13 (21,7%)	30 (24,6%)
Les zones érogènes chez la femme	5 (8,1%)	3 (5,0%)	8 (6,6%)
Les zones érogènes chez l'homme	2 (3,2%)	3 (5,0%)	5 (4,1%)
Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification	53 (85,5%)	41 (68,3%)	94 (77,0%)
Les problèmes sexuels chez	10 (16,1%)	14 (23,3%)	24 (19,7%)

l'homme : érection, éjaculation			
Les seins de la femme enceinte/qui allaite	31 (50,0%)	18 (30,0%)	49 (40,2%)
Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)	4 (6,5%)	3 (5,0%)	7 (5,7%)
La masturbation (seule ou avec partenaire)	3 (4,8%)	3 (5,0%)	6 (4,9%)
Le coït anal	4 (6,5%)	2 (3,3%)	6 (4,9%)
Les changements du vagin	21 (33,9%)	11 (18,3%)	32 (26,2%)
L'importance de la sexualité	48 (77,4%)	36 (60,0%)	84 (68,9%)
L'image corporelle	45 (72,6%)	16 (26,7%)	61 (50,0%)
Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme	26 (41,9%)	10 (16,7%)	36 (29,5%)
Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme	3 (4,8%)	3 (5,0%)	6 (4,9%)
La communication dans le couple par rapport à la sexualité	38 (61,3%)	18 (30,0%)	56 (45,9%)
L'impact de la fatigue sur la sexualité	55 (88,7%)	46 (76,7%)	101 (82,8%)
L'utilisation de jouets sexuels	5 (8,1%)	0 (0%)	5 (4,1%)
L'allaitement et son impact sur la sexualité	21 (33,9%)	13 (21,7%)	34 (27,9%)
La contraception postnatale	27 (43,5%)	15 (25,0%)	42 (34,4%)
La perception des seins	14 (22,6%)	9 (15,0%)	23 (18,9%)
L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité	16 (25,8%)	13 (21,7%)	29 (23,8%)
Autre	4 (6,5%) - la libido dans le plafond!!! - les différentes cas de sexualité (hyper-sexualité!) - effets de l'accouchement (ex: déchirures) sur la sexualité et temps pour reprendre la sexualité dépendant des cas - la relation de couple	5 (8,3%) - même si c'est intime, je crois qu'il faut en parler - c'est un sujet intime mais il faut l'aborder quand des problèmes sont là - les variations du désir sexuel de la femme! - les variations de la sexualité en général - les hausses de désir chez la femme	9 (7,4%)

Qui devrait initier la discussion ? - impsexpreoui2

	F : 62	H : 60	G : 122
Vous	2 (3,2%)	1 (1,7%)	3 (2,5%)
Le /la professionnel(le)	60 (96,8%)	59 (98,3%)	119 (97,5%)

Seriez-vous plus à l'aise de parler de sexualité si le/la professionnel(le) initie la discussion sur le sujet ? - impsexpreoui3

	F : 62	H : 60	G : 122
Oui	62 (100%)	58 (96,7%)	120 (98,4%)
Non	0 (0%)	2 (3,3%)	2 (1,6%)

→ *pour ceux que la sexualité n'est pas importante d'être abordée par un professionnel de la santé pendant la grossesse*

Pourquoi considérez-vous que la sexualité n'est pas importante à aborder pendant la grossesse? - impsexprenon

	F : 5	H : 7	G : 12
	5 (7,5%)	7 (10,4%)	12 (9,0%)
Sujet intime/privé/personnel	5	3	-
Pas besoin	-	1	
Pas prioritaire	-	1	
Au besoin	-	1	
Autre	-	1	

- F : 5 (7,5%)
  - Sujet intime/privé/personnel (5)
    - sujet personnel
    - c'est un sujet intime et privé
    - c'est un sujet intime et privé
    - c'est un sujet privé
    - sujet intime
- H : 7 (10,4%)
  - Sujet intimé/privé/personnel (3)
    - sujet intime et pas utile si ça va bien
    - sujet personnelle et intime
    - c'est privé comme domaine
  - Pas besoin (1)
    - pas besoin
  - Pas prioritaire (1)
    - Le bébé et la maman sont la priorité.

    - Au besoin (1)
        - seulement s'il y des problèmes en particulier
    - Autre (1)
        - à moins qu'il n'y ait des problèmes spécifiques, il faut savoir que c'est normal que la sexualité change pendant cette période. pour ceux qui ont des problèmes il faut en parler et pour les autres, ça serait quand bien même de savoir que la sexualité change mais que ça va revenir
- G : 12 (9,0%)

La sexualité est-elle importante d'être abordée par un professionnel de la santé après la grossesse (postnatal) ? - impsexpost

	F	H	G
Oui	61 (91,0%)	62 (92,5%)	123 (91,2%)
Non	6 (9,0%)	5 (7,5%)	11 (8,2%)

→ *pour ceux que la sexualité est importante d'être abordée par un professionnel de la santé après la grossesse*

Quels sont les sujets qui devraient être abordés ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - impsexpostoui1_0 / impsexpostoui1_1 / impsexpostoui1_2 / impsexpostoui1_3 / impsexpostoui1_4 / impsexpostoui1_5 / impsexpostoui1_6 / impsexpostoui1_7 / impsexpostoui1_8 / impsexpostoui1_9 / impsexpostoui1_10 / impsexpostoui1_11 / impsexpostoui1_12 / impsexpostoui1_13 / impsexpostoui1_14 / impsexpostoui1_15 / impsexpostoui1_16 / impsexpostoui1_17 / impsexpostoui1_18 / impsexpostoui1_19 / impsexpostoui1_20 / impsexpostoui1_21 / impsexpostoui1_22 / impsexpostoui1_23 / impsexpostoui1_24 / impsexpostoui1_25 / impsexpostoui1_26_autre / impsexpostoui1_26_autreprec

	F : 61	H : 62	G : 123
La pénétration vaginale (coït)	58 (95,1%)	61 (98,4%)	119 (96,7%)
Le désir sexuel (libido)	58 (95,1%)	59 (95,2%)	117 (95,1%)
Les croyances, les peurs et les considérations envers la sexualité	56 (91,8%)	54 (87,1%)	110 (89,4%)
Les positions sexuelles	24 (39,3%)	14 (22,6%)	38 (30,1%)
L'orgasme	7 (11,5%)	5 (8,1%)	12 (9,8%)
La satisfaction sexuelle	33 (54,1%)	18 (29,0%)	51 (41,5%)
Les zones érogènes chez la femme	3 (4,9%)	2 (3,2%)	5 (4,1%)
Les zones érogènes chez l'homme	2 (3,3%)	1 (1,6%)	3 (2,4%)
Les problèmes sexuels chez la femme : inconfort, douleur, dyspareunie (douleur à la pénétration), anorgasmie (absence d'orgasme), lubrification	58 (95,1%)	55 (88,7%)	113 (91,9%)
Les problèmes sexuels chez l'homme : érection, éjaculation	21 (34,4%)	30 (48,4%)	51 (41,5%)
Les seins de la femme enceinte/qui allaite	44 (72,1%)	35 (56,5%)	79 (64,2%)
Le sexe oral (cunnilingus et/ou fellation)	5 (8,2%)	4 (6,5%)	9 (7,3%)
La masturbation (seule ou avec partenaire)	3 (4,9%)	4 (6,5%)	7 (5,7%)
Le coït anal	3 (4,9%)	2 (3,2%)	5 (4,1%)
Les changements du vagin	39 (63,9%)	37 (59,7%)	76 (61,8%)
L'importance de la sexualité	54 (88,5%)	40 (64,5%)	94 (76,4%)

L'image corporelle	55 (90,2%)	20 (32,3%)	75 (61,0%)
Le sentiment d'être attirante/désirable chez la femme	34 (55,7%)	13 (21,0%)	47 (38,2%)
Le sentiment d'être attirant/désirable chez l'homme	3 (4,9%)	4 (6,5%)	7 (5,7%)
La communication dans le couple par rapport à la sexualité	43 (70,5%)	23 (37,1%)	66 (53,7%)
L'impact de la fatigue sur la sexualité	53 (86,9%)	49 (79,0%)	102 (82,9%)
L'utilisation de jouets sexuels	3 (4,9%)	1 (1,6%)	4 (3,3%)
L'allaitement et son impact sur la sexualité	43 (70,5%)	39 (62,9%)	82 (66,7%)
La contraception postnatale	58 (95,1%)	57 (91,9%)	115 (93,5%)
La perception des seins	38 (62,3%)	33 (53,2%)	71 (57,7%)
L'impact de la dépression postpartum sur la sexualité	16 (26,2%)	14 (22,6%)	30 (24,4%)
Autre	5 (8,2%) - l'impact des déchirures et le temps de retour aux rapports sexuels - les déchirures et leur impact sur la sexualité - les effets de la césarienne sur la reprise des rapports - les effets de la césarienne sur la sexualité - la relation de couple	2 (3,2%) - comment gérer sa sexualité avec 2 enfants en même temps! quand reprendre les relations après une césarienne - n'importe quoi qui concerne la sexualité des hommes car ce n'est jamais abordé!	7 (5,7%)

Qui devrait initier la discussion ? - impsexpostoui2

	F : 61	H : 62	G : 123
Vous	1 (1,6%)	1 (1,6%)	2 (1,6%)
Le /la professionnel(le)	59 (96,7%)	61 (98,4%)	120 (97,6%)
DM	1 (1,6%)	-	1 (0,8%)

Seriez-vous plus à l'aise de parler de sexualité si le/la professionnel(le) initie la discussion sur le sujet ? - impsexpostoui3

	F : 61	H : 62	G : 123
Oui	61 (100%)	61 (98,4%)	122 (99,2%)
Non	0 (0%)	1 (1,6%)	1 (0,8%)

→ *pour ceux que la sexualité n'est pas importante d'être abordée par un professionnel de la santé après la grossesse*

Pourquoi considérez-vous que la sexualité n'est pas importante à aborder pendant la grossesse? - impsexpostnon

	F : 6	H : 5	G : 11
	6 (9,0%)	5 (7,5%)	11 (8,2%)
Sujet intime/privé/personnel	5	3	-
Au besoin	-	2	
Autre	1	-	

- F : 6 (9,0%)
  - Sujet intime/privé/personnel (5)
    - sujet personnel
    - à part pour la contraception, c'est un sujet intime et privé
    - encore une fois c'est intime et privé comme domaine
    - c'Est un sujet privé
    - c'est un sujet intime
  - Autre (1)
    - puisque de notre côté la sexualité a été plus en problème durant la grossesse et après la grossesse tout est rentré tranquillement dans l'ordre
- H : 5 (7,5%)
  - Sujet intime/privé/personnel (3)
    - c'est un sujet intime et privé
    - sujet personnelle et privé
    - privé
  - Au besoin (2)
    - Seulement si nécéssaire.
    - seulement s'il y a des problèmes particuliers
- G : 11 (8,2%)

Par rapport à la sexualité pendant la grossesse (prénatal), quel(s) type(s) de besoin avez-vous eu(s) en lien avec les services de santé offerts par les professionnels en santé périnatale ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - besoinpre_0 / besoinpre_1 / besoinpre_2 / besoinpre_3 / besoinpre_4 / besoinpre_5_autre / besoinpre_5_autreprec

	F	H	G
Besoin d'information et d'éducation	58 (86,6%)	53 (79,1%)	111 (82,8%)
Besoin de soutien et de support	45 (67,2%)	3 (4,5%)	48 (35,8%)
Besoin structurel (ex : référence pour groupe de futures mamans, référence pour cours prénataux)	10 (14,9%)	1 (1,5%)	11 (8,2%)
Besoin instrumental (élément physique; ex : prescription)	2 (3,0%)	0 (0%)	2 (1,5%)
Aucun	6 (9,0%)	13 (19,4%)	19 (14,2%)
Autre	0 (0%)	1 (1,5%) - Mais ma femme a comblé mes besoins !	1 (0,7%)

Par rapport à la sexualité après la grossesse (postnatal), quel(s) type(s) de besoin avez-vous eu(s) en lien avec les services de santé offerts par les professionnels en santé périnatale ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - besoinpost_0 / besoinpost_1 / besoinpost_2 / besoinpost_3 / besoinpost_4 / besoinpost_5_autre / besoinpost_5_autreprec

	F	H	G
Besoin d'information et d'éducation	61 (91,0%)	58 (86,6%)	119 (88,8%)
Besoin de soutien et de support	52 (77,6%)	10 (14,9%)	62 (46,3%)
Besoin structurel (ex : référence pour groupe de futures mamans, référence pour cours prénataux)	16 (23,9%)	1 (1,5%)	17 (12,7%)
Besoin instrumental (élément physique; ex : prescription)	22 (32,8%)	1 (1,5%)	23 (17,2%)
Aucun	6 (9,0%)	7 (10,4%)	13 (9,7%)
Autre	1 (1,5%) - référence spécialiste sexualité	1 (1,5%) - Mais ma femme a comblé mes besoins !	2 (1,5%)

Quelle est votre opinion en ce qui concerne le fait de recevoir des services en matière de sexualité pendant la grossesse ? - opinionsersex_0

	F	H	G
C'est très important	23 (34,3%)	9 (13,4%)	32 (23,9%)
C'est important	39 (58,2%)	51 (76,1%)	90 (67,2%)
C'est peu important	2 (3,0%)	4 (6,0%)	6 (4,5%)
Ce n'est pas du tout important	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)
DM	-	-	-

Quelle est votre opinion en ce qui concerne le fait de recevoir des services en matière de sexualité après la grossesse ? - opinionsersex_1

	F	H	G
C'est très important	28 (41,8%)	13 (19,4%)	41 (30,6%)
C'est important	33 (49,3%)	48 (71,6%)	81 (60,4%)
C'est peu important	3 (4,5%)	1 (1,5%)	4 (3,0%)
Ce n'est pas du tout important	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)
DM	-	2 (3,0%)	2 (1,5%)

Quelle est votre opinion en ce qui concerne le fait de recevoir des services en matière de sexualité en français pendant la grossesse ? - opinionsersexfr_0

	F	H	G
C'est très important	41 (61,2%)	20 (29,9%)	61 (45,5%)
C'est important	19 (28,4%)	40 (59,7%)	59 (44,0%)
C'est peu important	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)
Ce n'est pas du tout important	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)
DM	1 (1,5%)	1 (1,5%)	2 (1,5%)

Quelle est votre opinion en ce qui concerne le fait de recevoir des services en matière de sexualité en français après la grossesse ? - opinionsersexfr_1

	F	H	G
C'est très important	43 (64,2%)	22 (32,8%)	65 (48,5%)
C'est important	18 (26,9%)	41 (61,2%)	59 (44,0%)
C'est peu important	3 (4,5%)	0 (0%)	3 (2,2%)
Ce n'est pas du tout important	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

En général, avez-vous obtenu les services en matière de sexualité que vous désiriez pendant la grossesse ? - obtenusersex_0

	F	H	G
Oui	11 (16,4%)	11 (16,4%)	22 (16,4%)
Non	45 (67,2%)	39 (58,2%)	84 (62,7%)
Je n'en ai pas eu besoin	11 (16,4%)	17 (25,4%)	28 (20,9%)

En général, avez-vous obtenu les services en matière de sexualité que vous désiriez après la grossesse ? - obtenusersex_1

	F	H	G
Oui	8 (11,9%)	11 (16,4%)	19 (14,2%)
Non	49 (73,1%)	46 (68,7%)	95 (70,9%)
Je n'en ai pas eu besoin	9 (13,4%)	8 (11,9%)	17 (12,7%)
DM	1 (1,5%)	2 (3,0%)	3 (2,2%)

Si vous avez répondu "Non" à la question 10. a), quelle était la raison principale pour laquelle vous ne les avez pas obtenus ? (vous pouvez choisir plus d'une réponse) - obtenusersexnon_0 / obtenusersexnon_1 / obtenusersexnon_2 / obtenusersexnon_3_autre / obtenusersexnon_3_autreprec

	F	H	G
Pas de professionnels disponibles	27 (40,3%)	22 (32,8%)	49 (36,6%)
Manque de services	46 (68,7%)	43 (64,2%)	89 (66,4%)
Autre	28 (41,8%)	19 (28,4%)	47 (35,1%)
• Sujet qui n'est pas abordé	20	-	
• Sujet gênant/difficile/tabou à aborder	3	-	
• Manque de temps	4	-	
• Manque de formation chez les professionnels	1	-	
• Sujet intime/tabou et pas abordé/pas le temps d'en parler	-	12	
• Pas de ressources pour les pères	-	4	
• Autres	-	3	

- F
  - Pas de professionnels disponibles : 27 (40,3%)
  - Manque de services : 46 (68,7%)
  - Autres : 28 (41,8%)
    - Sujet qui n'est pas abordé (20)
      - sexualité pas abordée par personne

- PErsonne n'en parle!
- Docteur n'en parlait pas ou peu
- Même si la doula en a parlé, j'aurais aimé que mon docteur m'en parle aussi.
- ce n'est pas un sujet qui est abordé
- personne n'en parle et on reste avec nos problèmes
- sexualité n'est pas dans le check-list de routine
- il me semble que personne ne parle de sexualité, surtout dans le cas de jumeaux
- pas d'information donnée
- pas dans les cours en ligne et pas de professionnel qui en parle
- Sujet qui n'est pas abordé
- c'est pas un sujet très abordé
- pas un sujet abordé
- silence sur la question sexuelle
- sujet qui ne fait partie des suivis normaux
- personne n'a abordé la sexualité!
- ce n'est pas un sujet abordé, tout simplement! et si oui, c'est très restreint comme information
- Ce n'est tout simplement pas un sujet qui est abordé!
- ce n'est juste pas un sujet abordé!
- Pas d'opportunité pour en parler

▪ Sujet gênant/difficile/tabou à aborder (3)
- J'ai appris par la nature des choses. Je crois que notre société/culture est trop génée d'entreprendre des discussions reliés à la vie sexuelle, physique, émotive et mentale d'un couple qui vie une période péri/pastnatale.
- diificile de parler de sexualité avec qui que ce soit
- sujet tabou

▪ Manque de temps (4)
- manque de temps dans les rencontres pour en parler et manque d'ouverture sur le sujet
- pas assez de temps dans les rencontres pour en parler, puisque ce n'est pas une priorité on dirait
- manque de temps, de ressources et de professionnels sur le sujet
- pas assez de temps pour en parler et personne à qui en parler

▪ Manque de formation chez les professionnels (1)
- professionnels non formés à intégrer la sexualité dans leur consultation

- H
  - Pas de professionnels disponibles : 22 (32,8%)
  - Manque de services : 43 (64,2%)
  - Autres : 19 (28,4%)
    - Sujet intime/tabou et pas abordé/pas le temps d'en parler (12)

- sujet tabou
- ma conjointe ne voulait en parler
- sujet intime non abordé
- pas un sujet abordé
- pas de temps pour en parler et personne n'en parle
- Pas de temps et personne n'en parle
- personne n'en parle
- je n'étais pas là et personne n'en parle
- Sujet pas abordé
- c'est un sujet intime qui n'est donc pas abordé
- ce n'était tout simplement pas abordé comme sujet!
- ce n'est pas un sujet abordé dans les suivis, tout simplement!

▪ Pas de ressources pour les pères (4)

- maman est la priorité, pas papa; pas de ressources pour les pères
- pas de réponses pour les pères
- il n'y a rien pour la sexualité des hommes!
- il n'y a pas grand-chose pour les pères, même sur internet

▪ Autres (3)

- manque de temps, pas prioritaire, peut-être gênant à aborder?
- Conversation pas initié par la professionnelle de santé
- 999

- G
  - Pas de professionnels disponibles : 49 (36,6%)
  - Manque de services : 89 (66,4%)
  - Autres : 47 (35,1%)

Comment évaluez-vous l'obtention des services en matière de sexualité pendant la grossesse ? - facileobtsersex_0

	F	H	G
Très facile	0 (0%)	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Facile	10 (14,9%)	10 (14,9%)	20 (14,9%)
Difficile	40 (59,7%)	47 (70,1%)	87 (64,9%)
Très difficile	14 (20,9%)	5 (7,5%)	19 (14,2%)
Impossible	0 (0%)	1 (1,5%)	1 (0,7%)
DM	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)

Comment évaluez-vous l'obtention des services en matière de sexualité après la grossesse ? - facileobtsersex_1

	F	H	G
Très facile	0 (0%)	1 (1,5%)	1 (0,7%)
Facile	9 (13,4%)	11 (16,4%)	20 (14,9%)

Difficile	38 (56,7%)	44 (65,7%)	82 (61,2%)
Très difficile	17 (25,4%)	8 (11,9%)	25 (18,7%)
Impossible	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
DM	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)

Comment avez-vous trouvé l'obtention des services pré/postnataux en matière de sexualité en français pendant la grossesse ? - facileobtsersexfr_0

	F	H	G
Très facile	0 (0%)	2 (3,0%)	2 (1,5%)
Facile	7 (10,4%)	7 (10,4%)	14 (10,4%)
Difficile	28 (41,8%)	42 (62,7%)	70 (52,2%)
Très difficile	26 (38,8%)	13 (19,4%)	39 (29,1%)
Impossible	2 (3,0%)	0 (0%)	2 (1,5%)
DM	4 (6,0%)	3 (4,5%)	7 (5,2%)

Comment avez-vous trouvé l'obtention des services pré/postnataux en matière de sexualité en français après la grossesse ? - facileobtsersexfr_1

	F	H	G
Très facile	0 (0%)	2 (3,0%)	2 (1,5%)
Facile	6 (9,0%)	7 (10,4%)	13 (9,7%)
Difficile	29 (43,3%)	40 (59,7%)	69 (51,5%)
Très difficile	27 (40,3%)	15 (22,4%)	42 (31,3%)
Impossible	2 (3,0%)	0 (0%)	2 (1,5%)
DM	3 (4,5%)	3 (4,5%)	6 (4,5%)

Avez-vous dû vous déplacer davantage qu'à la normale pour obtenir des services périnataux en matière de sexualité ? - deplac

	F	H	G
Oui, dans le cadre des cours/rencontres et des suivis	3 (4,5%)	5 (7,5%)	8 (6,0%)
Oui, mais seulement dans le cadre des cours/rencontres	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Oui, mais seulement dans le cadre des suivis	11 (16,4%)	11 (16,4%)	22 (16,4%)
Non	53 (79,1%)	50 (74,6%)	103 (76,9%)
DM	-	1 (1,5%)	1 (0,7%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 13. a), veuillez répondre aux questions suivantes. / Étiez-vous capable de le faire par vous-même ? - deplacplus_0

	F : 14	H : 16	G : 30

Oui	6 (42,9%)	15 (93,8%)	21 (70,0%)
Non	8 (57,1%)	0 (0%)	8 (26,7%)
DM	-	1 (6,3%)	1 (3,3%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 13. a), veuillez répondre aux questions suivantes. / Était-ce facile ? - deplacplus_1

	F : 14	H : 16	G : 30
Oui	5 (35,7%)	9 (56,3%)	14 (46,7%)
Non	9 (64,3%)	6 (37,5%)	15 (50,0%)
DM	-	1 (6,3%)	1 (3,3%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 13. a), veuillez répondre aux questions suivantes. / Cela a-t-il engendré des coûts financiers de surplus ? - deplacplus_2

	F : 14	H : 16	G : 30
Oui	13 (92,9%)	13 (81,3%)	26 (86,7%)
Non	1 (7,1%)	2 (12,5%)	3 (10,0%)
DM	-	1 (6,3%)	1 (3,3%)

Si vous avez répondu "Oui" à la question 13. a), veuillez répondre aux questions suivantes. / Cela a-t-il engendré du temps supplémentaire ? - deplacplus_3

	F : 14	H : 16	G : 30
Oui	13 (92,9%)	14 (87,5%)	27 (90,0%)
Non	1 (7,1%)	1 (6,3%)	2 (6,7%)
DM	-	1 (6,3%)	1 (3,3%)

Commentaires - comm7

- F : 5 (7,5%)
    - J'ai reçu beaucoup de service en français, car je suis allée souvent du côté québécois. Je suis de l'est Ontarien, donc il y avait des services en français disponibles, par contre, ils sont difficiles à trouver. Il y a moins de publicité qu'au Québec.
    - J'ai un médecin de famille francophone qui répondait à toutes mes questions.
    - Obtention des services en matiere de sexualite sont plus faciles avec une sage-femme selon moi. Elle s'est demontree tres ouverte et disponible pour moi et mon conjoint
    - on a été chanceux que notre sage-femme aborde beaucoup la sexualité avec nous
    - Je me suis beaucoup renseigné sur Internet et auprès de mes amies, mais j'ai trouvé peu d'informations sur une augmentation de la sexualité pendant la grossesse. J'ai plus trouvé des témoignages et des articles sur la baisse de libido et des relations, ce qui est était exactement à l'opposé de mon vécu! Ce serait intéressant d'avoir des informations sur la sexualité qui couvrent tous les cas possibles! Je me suis sentie très seule dans ma situation!
- H : 2 (3,0%)
    - oui la sexualité est intime et peut être tabou et je ne suis pas confortable à en parler mais il faut en parler pour essayer d'éviter les problèmes dans le couple
    - Le médecin qui a suivi ma conjointe avant et après l'accouchement a abordé à quelques reprises les questions de sexualité, tant avant qu'après l'accouchement. Comme la médecin est francophone, les services que nous avons reçus étaient en français.
- G : 7 (5,2%)

Je voudrais aussi participer à l'entrevue de couple optionnelle. En répondant oui, je consens volontairement à partager mes coordonnées avec les chercheurs pour qu'ils m'invitent à participer à une entrevue de couple dans les prochaines semaines. - entcouple

- F
  - Oui : 10 (14,9%)
  - Non : 57 (85,1%)
- H
  - Oui : 6 (9,0%)
  - Non : 61 (91,0%)
- G
  - Oui : 16 (11,9%)
  - Non : 118 (88,1%)

~~entcouplecoor_0 / entcouplecoor_1 / entcouplecoor_2~~

7. Analyses bivariées

Légende :

- M= : moyenne
- ÉT= : écart type
- p= : seuil de signification
- P= : puissance
- TE= : taille d'effet

→ comparaison des scores des 4 échelles (AD, ERI, FSFI/BMSFI) en fonction du sexe (F vs H) et en fonction du temps (pré vs post)

- pour l'AD : ANOVA mixte avec 1 variable indépendante répétée (temps) et 1 variable indépendante (sexe), la variable dépendante étant le score à l'échelle AD
    - Au sein du groupe, le score de l'AD ne dépend pas de l'interaction entre le temps et le sexe ($F(1,132)=1.60$, $p=.21$, $P=.24$) et ne dépend pas du sexe seulement ($F(1,132)=.54$, $p.=.47$, $P=.11$), mais dépend du temps ($F(1,132)=86.20$, $p<.001$, $P=1$, $TE=.40$) :
        - L'AD en pré (M=132,78 ; ÉT=10,45) est significativement plus élevée (donc plus positive) que l'AD en post (M=119,93 ; ÉT=17,96). Il s'agit d'un grand effet (Cohen, 1988).

- pour l'ERI : ANOVA mixte avec 1 variable indépendante répétée (temps) et 1 variable indépendante (sexe), la variable dépendante étant le score à l'échelle ERI ;
    - Le score de l'ERI dépend de l'interaction du sexe ET du temps ($F(1,132)=4,12$, $p<.05$, $P=.52$, $TE=.03$) :
        - En pré, il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes ($t(101.8)=.61$, $p=.55$, $P=1$, $d=.61$).
        - En post, il y a une différence significative entre les hommes et les femmes ($t(122.7)=2.66$, $p<.01$, $P=1$, $d=.46$) : l'ERI des femmes (M=2,66 ; ÉT=0,35) est significativement moins élevé (donc plus négatif) que l'ERI des hommes (M=2,81 ; ÉT=0,27). Il s'agit d'un effet moyen (Cohen, 1988).

- pour le FSFI : test-t pairé avec 1 variable indépendante répétée (temps), la variable dépendante étant le score à l'échelle FSFI;
    - Chez les femmes, le score du FSFI dépend du temps ($t(66)=9.85$, $p<.001$, $P=1$, $d=1.20$) :
        - Le score du FSFI en pré (M=30,38 ; ÉT=4,99) est significativement plus élevé (donc plus positif) que le FSFI en post (M=23,11 ; ÉT=6,70). Il s'agit d'un grand effet (Cohen, 1988).
    - Analyses plus précises sur la sous-échelle de la douleur du FSFI :
        - La sous-échelle de la douleur dépend du temps ($t(66)=8.65$, $p<.001$, $P=1$, $d=1.05$):
            - Le score de la douleur du FSFI en pré (M=13,10 ; ÉT=2,47) est significativement plus élevé (donc plus positif) que le score de la douleur du FSFI en post (M=9,40 ; ÉT=3,46). Il s'agit d'un

grand effet (Cohen, 1988).

- Il y a corrélation entre le score de la douleur FSFI en pré et le score de l'ERI en pré (r=.38, p<.005), le score de l'AD en pré (r=.39, p<.005) ainsi que le score de la douleur du FSFI en post (r=.34, p<.01). Ces corrélations sont de taille moyenne élevée. Mais il n'y a pas de corrélations entre le score de la douleur FSFI en pré et le score de l'ERI en post ni celui de l'AD en post.
- De plus, il y a une forte corrélation entre le score de la douleur FSFI en post et le score de l'ERI en post (r=.53, p<.001) ainsi que le score de l'AD en post (r=.39, p<.005, moyenne corrélation).

- pour le BMSFI : test-t pairé avec 1 variable indépendante répétée (temps), la variable dépendante étant le score à l'échelle BMSFI
  - Chez les hommes, le score du BMSFI-drive dépend du temps (t(66)=5.71, p<.001, P=1, d=.70):
    - Le BMSFI-drive en pré (M=7,48=; ÉT=1,05) est significativement plus élevée (donc plus positive) que le BMSFI-drive en post (M=6,40; ÉT=1,72). Il s'agit d'un grand effet (Cohen, 1988).
  - Chez les hommes, le score du BMSFI-érection dépend du temps (t(66)=4.16, p<.001, P=.98, d=.51):
    - Le BMSFI-érection en pré (M=11,73; ÉT=1,12) est significativement plus élevée (donc plus positive) que le BMSFI-érection en post (M=10,64; ÉT=1,90). Il s'agit d'un effet moyen (Cohen, 1988).
  - Chez les hommes, le score du BMSFI-problème dépend du temps (t(66)=5.00, p<.001, P=1, d=.61):
    - Le BMSFI-problème en pré (M=11,78; ÉT=0,69) est significativement plus élevée (donc plus positive) que le BMSFI-problème en post (M=10,70; ÉT=1,73). Il s'agit d'un effet moyen-élevé (Cohen, 1988).
  - Chez les hommes, le score du BMSFI-satisfaction dépend du temps t(66)=5.35, p<.001, P=1, d=.65):
    - Le BMSFI-satisfaction en pré (M=3,25; ÉT=0,77) est significativement plus élevée (donc plus positive) que le BMSFI-satisfaction en post (M=2,64; ÉT=1,03). Il s'agit d'un effet moyen-élevé (Cohen, 1988).
  - Chez les hommes, seul le score du BMSFI-éjaculation ne dépend pas du temps (t(66)=1.65, p.=.10)).

8. Analyses inférentielles

→ effet de 9 variables indépendantes sur les scores obtenus sur les 4 échelles (AD, ERI, FSFI et BMFSI) par les femmes et les hommes, lorsque applicable

- 9 variables indépendantes :
    1) âge
    2) confession religieuse
    3) niveau d'éducation
    4) statut civil
    5) revenu
    6) allaitement au sein ou au biberon
    7) absence/présence de dépression postpartum
    8) présence/absence de lacérations/déchirures
    9) type d'accouchement, qui a été redivisé en 2 catégories, vaginal, comportant 3 sous-types, soit vaginal spontané, vaginal avec ventouse et vaginal avec forceps, ou césarienne, comportant 2 sous-types, soit césarienne planifiée et césarienne d'urgence

- pour l'effet de la confession religieuse, du niveau d'éducation, du statut civil, de l'âge et du revenu sur l'AD, l'ERI, le FSFI et le BMFSI: 4 ANOVA mixtes avec 5 variable indépendante à la fois, la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné ;
    - Une seule de ces variables a démontré des résultats significatifs. Chez les femmes, le score du FSFI dépend de l'interaction entre le temps ET les études ($F(3,51)=5.01$, $p<.005$, $E2=.23$, $P=.89$).
        - Il n'y a pas de différence si l'on sépare par temps : pré $F(63)=1.86$, $p=.98$ et post $F(63)=2.32$, $p=.08$.
        - Il y a des différences si l'on sépare par types d'études :
            - Chez les femmes ayant complété leur secondaire, il y a une différence significative en fonction du temps ($t(7)=7,12$, $p<.001$, $P=1$, $d=2.52$): le score du FSFI en pré ($M=30,43$; ÉT=3,51) est significativement plus élevé (donc plus positif) que le score du FSFI en post ($M=17,68$; ÉT=3,18).
            - Chez les femmes ayant complété leur collège, il y a une différence significative en fonction du temps ($t(9)=5.63$, $p<.001$, $P=1$, $d=1.78$) : le score du FSFI pré ($M=30,05$; ÉT=5,75) est significativement plus élevé (donc plus positif) que le score du FSFI en post ($M=22,48$; ÉT=8,94).
            - Chez les femmes ayant complété leur université, il y a une différence significative en fonction du temps ($t(38)=6.21$, $p<.001$, $P=1$, $d=.99$) : le score du FSFI pré ($M=30,59$; ÉT=5,05) est significativement plus élevé (donc plus positif) que le score du FSFI en post ($M=24,01$; ÉT=6,67).
            - Chez les femmes ayant complété des études supérieures, il y a une différence significative en fonction du temps ($t(9)=5.12$, $p<.005$, $P=.99$, $d=1.62$) : le score du FSFI pré ($M=29,85$;

ÉT=5,61) est significativement plus élevé (donc plus positif) que le score du FSFI en post (M=24,62 ; ÉT=4,57).

- pour l'effet de l'allaitement (sein vs biberon) sur l'AD, l'ERI et le FSFI, seulement chez les femmes en post-natal : 3 test-t avec 2 groupes indépendants (femmes allaitant au sein et femmes allaitant au biberon), la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné ;
    - Chez les femmes en postnatal, les scores de l'AD, de l'ERI et du FSFI ne dépendant pas du type d'allaitement (fsfi: t(65)=.52, p=.61 ; eri : t(65)=.28, p=.78 ; ad : t(65)=.38, p=.70).

- pour l'effet du type d'accouchement (vaginal vs césarienne) sur l'AD, l'ERI et le FSFI, seulement chez les femmes en post-natal : 3 test-t avec 2 groupes indépendants (femmes ayant vécu un accouchement vaginal ou une césarienne), la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné ;
    - Chez les femmes en postnatal, les scores de l'AD, de l'ERI et du FSFI ne dépendant pas du type d'accouchement (fsfi: t(65)=.24, p=.82 ; eri : t(65)=.59, p=.56 ; ad : t(65)=1.59, p=.12).

- pour l'effet des lacérations/déchirures (présence ou absence) sur l'AD, l'ERI et le FSFI, seulement chez les femmes en post-natal : 3 test-t avec 2 groupes indépendants (les femmes ayant des lacérations/déchirures et celles n'en ayant pas subies), la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné ;
    - Chez les femmes en postnatal, les scores de l'ERI et de l'AD ne dépendent pas des lacérations/déchirures (eri : t(132)=1.37, p=.17 ; ad : t(132)=.56, p=.58).
    - Toutefois, chez les femmes en post-natal, le score du FSFI dépend des lacérations/déchirures (fsfi: t(65)=2.05, p<.05, P=1, d=2.05) :
        - Les femmes qui n'ont pas eu des lacérations/déchirures ont un score FSFI plus élevé (donc plus positif) (M=24,73 ; ÉT=6,53) que les femmes qui ont eu des lacérations/déchirures (M=21,45 ; ÉT=6,56).

- pour l'effet de la dépression (présence ou absence) sur l'AD, l'ERI, le FSFI et le BMSFI, chez les femmes et les hommes, mais seulement en post-natal : 6 test-t avec 2 groupes indépendants (les participants ayant vécu une dépression et ceux n'en ayant pas vécus), la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné ;
        - Chez les femmes en postnatal, le score du FSFI dépend de la dépression (t(65)=3.10, p<.005, P=1, d=3.10) :
            - Les femmes n'ayant pas de dépression ont eu un score FSFI plus élevé (donc plus positif) (M=23,99 ; ÉT=6,28) que les femmes qui ont eu une dépression (M=16,63 ; ÉT=6,46).
        - Chez les hommes en postnatal, le score des sous-échelles éjaculation, érection, problème et satisfaction du BMSFI ne dépendent pas de la dépression (éjaculation: t(3.01)=.94, p=.42 ; érection : t(3.14)=.80, p=.48 ; problèmes : t(3.09)=1.29, p=.29 ; satisfaction : t(65)=.79, p=.44)

        - Toutefois, chez les hommes en postnatal, le score de la sous-échelle drive dépend de la dépression (t(65)=2.02, p<.05, P=1, d=2.02) :
            - Les hommes n'ayant pas eu de dépression ont eu un score BMSFI-drive plus élevé (donc plus positif) (M=6,51 ; ÉT=1,64) que les hommes ayant eu une dépression (M=4,75 ; ÉT=1,64).

- pour l'effet du sexe et de la dépression (présence ou absence) sur l'AD, ERI, le FSFI/BMSFI : 1 ANOVA mixte avec 2 variables indépendantes (sexe et présence ou absence de dépression), la variable dépendante correspondant au score du questionnaire concerné.
    - Le score de l'ERI dépend de l'interaction du sexe ET de la dépression ET du temps (F(130)=7,55, p<.01, P=.78, E2=.55).
        - En pré, il n'y a pas de différence significative en matière d'interaction sexe-dépression (F(130=.004, p=.95), de sexe (F(130)=.14, p=.71) et de dépression (F(130)=2.83, p=.10).
        - En post, il n'y a pas de différence en matière d'interaction sexe-dépression (F(133)=7.86, p<.01) et de sexe (hommes : t(3.11)=.03, p=.98), mais il y a une différence significative entre les femmes qui ont une dépression et celles qui n'en n'ont pas (t(65)=4.51, p<.001) :
            - Les femmes qui n'ont pas dépression ont un score ERI plus élevé (donc plus positif) (M=2,73 ; ÉT=0,31) que les femmes qui ont eu une dépression (M= 2,20; ÉT=0,34).
    - Deux analyses significatives ressortent concernant le score de l'AD :
        - Le score de l'AD dépend de l'interaction du sexe ET du temps F(130)=4.50, p<.05, P=.56, E2=.03).
            - Les analyses post-hocs ne sont pas significatives, mais nous détectons une tendance démontrant que les hommes et les femmes n'ont pas de différence dans leur score d'AD en pré (t(132)=.11, p=.92), mais lorsqu'ils sont retestés post-partum, les hommes ont un score plus élevé que les femmes (Post:t(132), 1.07, p=.29).
        - Le score de l'AD dépend de l'interaction de la dépression ET du temps (F(130)=19.05, p<.001, P=.99, E2=.13).
            - En pré, il n'y a pas d'effet de la dépression (t(132)=.16, p=.88)
            - En post, il y a une différence significative entre les participants rapportant une dépression et ceux n'en rapportant pas (t(12.0), 3.41, p<.01). Les gens ne rapportant pas de dépression ont un score à l'AD plus élevé.

9. Analyses inférentielles supplémentaires

- test-t avec variable indépendante répétée (temps), pour voir s'il y avait un changement significatif dans le temps de certaines variables sexuelles, effectué pour les femmes et hommes séparément;
    - Chez les femmes, la perception des seins (changement dans sensibilité) dépend du temps (T(65)=3.30, p<.005, P=.90, d=.41) :
        - Le score des femmes en pré (M=2,18 ; ÉT=1,12) est significativement plus élevé que le score des femmes en post (M=1,67 ; ÉT=1,00) ; les femmes en pré perçoivent donc leur seins comme moins sensibles que les femmes en post.
    - Chez les hommes, l'excitation sexuelle dépend du temps (T(66)=2.79, p<.01 P=.77, d=.34) :
        - Le score des hommes en pré (M=4,52 ; ÉT=1,06) est significativement plus élevé que le score des hommes en post (M=4,18 ; ÉT=1,10) ; les hommes en pré vivent davantage une diminution de l'excitation sexuelle.
    - Il n'y a pas de différence pour la fréquence de l'orgasme en fonction du temps chez les hommes (T(66)=.77, p=.44).

- ANOVA mixte avec 1 variable indépendante répétée (temps) et 1 variable indépendante (sexe du participant), la variable dépendante correspondant à la réponse des participants à la question concernée.
    - En fonction de l'interaction temps-sexe, du temps, du sexe, il n'y a pas de différence significative pour la satisfaction conjugale, la tendresse/sensualité exprimée, la tendresse/sensualité du partenaire, les baisers et caresses ainsi que pour la fréquence de l'utilisation de jouets sexuels.
    - Satisfaction conjugale
        - Interaction : F(1,131)=1.74, p=.19 P=.26
          Pre/post : F(1,131)=.004, p=.95 P=.05
          Sexe : F(1,131)=3.00, p=.09, P=.41
    - Tendresse/sensualité exprimée
        - Interaction : F(1,131)=2.34, p=.13 P=.33
          Pre/post : F(1,131)=1.58, p=.21 P=.24
          Sexe : F(1,131)=.02, p=.90, P=.05
    - Tendresse/sensualité du partenaire
        - Interaction : F(1,131)=3.22, p=.08 P=.43
          Pre/post : F(1,131)=3.22, p=.08 P=.43
          Sexe : F(1,131)=.50, p=.48, P=.11
    - Baisers et caresses
        - Interaction : F(1,132)=.05, p=.81 P=.06
          Pre/post : F(1,132)=0, p=1 P=.05
          Sexe : F(1,132)=.41, p=.53, P=.10
    - Fréquence utilisation de jouets sexuels
        - Interaction : F(1,132)=.01, p=.93 P=.05

Pre/post : F(1,132)=3.69, p=.057 P=.48
Sexe : F(1,132)=.01, p=.92, P=.05

- Importance sexualité
  - L'importance de la sexualité dépend de l'interaction du sexe ET du temps (F(1,132)=13.36, p<.001, P=.95, TE=.09) :
    - Chez les femmes, il n'y a pas de différence entre les temps (t(66)=.97, p=.33).
    - Chez les hommes, il y a une différence significative entre pré et post (t(66)=4.47, p<.001) : le score de l'importance de la sexualité en pré est plus élevé (M=3,96 :ÉT=1,15) que le score de l'importance de la sexualité en post (M=3,69 :ÉT=0,86). Les hommes en pré vivent davantage une diminution de l'importance de la sexualité que les hommes en post.

- Senti(e)
  - Le fait de se sentir désirable dépend de l'interaction du sexe ET du temps (F(1,132)=17.95, p<.001, P=.92, TE=.08) :
    - Chez les hommes, il n'y a pas de différence entre les temps (t(66)=1.09, p=.28).
    - Chez les femmes, il y a une différence significative entre pré et post (t(66)=4.14, p<.001) : le score en pré (M=4,03 :ÉT=1,17) est moins élevé que le score en post (M=4,32 :ÉT=0,89). Les femmes en pré se sentent plus attirantes/désirables que les femmes en post.

- Sent que partenaire est
  - Le fait de sentir que son partenaire est désirable dépend de l'interaction du sexe ET du temps (F(1,131)=17.81, p<.001, P=.99, TE=.12) :
    - Chez les femmes, il n'y a pas de différence entre les temps (t(65)=.12, p=.91).
    - Chez les hommes, il y a une différence significative entre pré et post (t(66)=4.83, p<.001) : le score en pré (M=3,82 :ÉT=1,47) est moins élevé que le score en post (M=4,36 :ÉT=1,12). Les hommes en pré sentent que leur partenaire est plus attirante/désirable que les hommes en post.

- Intensité orgasme ressenti
  - L'intensité de l'orgasme ressenti dépend de l'interaction du sexe ET du temps (F(1,130)=7.14, p<.01, P=.76, TE=.05) :
    - Chez les hommes, il n'y a pas de différence entre les temps (t(64)=.28, p=.78).
    - Chez les femmes, il y a une différence significative entre pré et

post (t(66)=2.79, p<.01) : le score en pré (M=4,20 :ÉT=1,19) est moins élevé que le score en post (M=4,40 :ÉT=0,87). Les femmes en pré ressentent des orgasmes plus intenses que les femmes en post.

- Fréquence rêves érotiques
  - La fréquence des rêves érotiques dépend de l'interaction du sexe ET du temps (F(1,131)=52.48, p<.001, P=1, TE=.29) :
    - Chez les hommes, il n'y a pas de différence entre les temps (t(66)=1.62, p=.11).
    - Chez les femmes, il y a une différence significative entre pré et post (t(66)=7.33, p<.001) : le score en pré (M=3,77 :ÉT=1,55) est moins élevé que le score en post (M=4,50 :ÉT=1,01). Les femmes en pré ont davantage de rêves érotiques que les femmes en post.

- Fréquence coït
  - La fréquence du coït ne dépend pas de l'interaction temps-sexe (F(3,128)=.05, p=.98, P=.06) ni du sexe (F(1,130)=.02, p=.88, P=.05).
  - La fréquence du coït dépend toutefois du temps (F(3,128)=33.18, p<.001, P=1, TE=.44) :
    - Postnatal (M=3,73 ; ÉT=0,50) > 0-3 mois de grossesse (M=3,42 ; ÉT=1,05) ET 6-9 mois de grossesse (M=3,26 ; ÉT=0.97) > 3-6- mois de grossesse (M=2,71 ;ÉT=1,32).
      - Plus grande diminution du coït : en post, puis 0-3 mois ET 6-9 mois, puis 3-6 mois.

- Fréquence cunnilingus
  - La fréquence du cunnilingus ne dépend pas de l'interaction temps-sexe (F(3,128)=.06, p=.98, P=.06) ni du sexe (F(1,131)=.01, p=.95, P=.05).
  - La fréquence du cunnilingus dépend du temps (F(3,128)=38.52, p<.001, P=1, TE=.47) :
    - 0-3 mois (M=4,35 ; ÉT=1,27) ET postnatal (M=4,17 ; ÉT=0.89) > 6-9 mois (M=3,78 ; ÉT=1,29) > 3-6 mois (M=3,08 ; ÉT=1,65)
      - Plus grande diminution du cunnilingus: 0-3 mois ET postnatal, puis 6-9 mois, puis 3-6 mois

- Fréquence fellation
  - La fréquence de la fellation ne dépend pas de l'interaction temps-sexe (F(3,127)=.51, p=.67, P=.15) ni du sexe (F(1,129)=.26, p=.61, P=.08).
  - La fréquence de la fellation dépend du temps (F(3,127)=34.13, p<.001, P=1, TE=.45) :
    - 0-3 mois (M=4,01; ÉT=1,29) > 3-6 mois (M=2,79; ÉT=1,41) ET 6-9 mois (M=2,80; ÉT=1,24) ET postnatal (M=2,85; ÉT=1,07)

- Plus grande diminution de la fellation : 0-3 mois, puis 3-6 mois ET 6-9 mois ET postnatal

- Fréquence masturbation personnelle
  - La fréquence de la masturbation personnelle dépend de l'interaction entre le temps et le sexe ($F(3,130)=34.32$, $p<.001$, $P=1$, $TE=.44$).
    - Chez les femmes, la fréquence de masturbation personnelle dépend du temps :
      - 0-3 mois ($M=4,03$;$ÉT=1,19$) ET postnatal ($M=4,07$;$ÉT=0.81$) > 6-9 mois ($M=3,61$;$ÉT=1,29$) > 3-6 mois ($M=3,07$;$ÉT=1,57$)
      - Plus grande diminution de la masturbation personnelle : 0-3 mois et postnatal, puis 6-9 mois, puis 3-6 mois
    - Chez les hommes, la fréquence de la masturbation personnelle dépend du temps :
      - 0-3 mois ($M=3,48$;$ÉT=1,66$) > 3-6 mois ($M=2,94$;$ÉT=1,53$) > 6-9 mois ($M=2,18$;$ÉT=1,59$) > postnatal ($M=1,58$;$ÉT=0,94$)
      - Plus grande diminution de la masturbation personnelle : 0-3 mois, puis 3-6 mois, puis 6-9 mois, puis postnatal

- Fréquence masturbation perso du partenaire
  - La fréquence de la masturbation personnelle du partenaire dépend de l'interaction entre le temps et le sexe ($F(3,129)=23.05$, $p<.001$, $P=1$, $TE=.35$).
    - Chez les femmes, la fréquence de masturbation personnelle du partenaire dépend du temps :
      - 0-3 mois ($M=3,64$;$ÉT=1,62$) > 3-6 mois ($M=3,30$;$ÉT=1,61$) > 6-9 mois ($M=2,57$;$ÉT=1,73$) > postnatal ($M=2,09$;$ÉT=1,46$)
      - Plus grande diminution de la masturbation personnelle du partenaire :
        - 0-3 mois, puis 3-6 mois, puis 6-9 mois, puis postnatal
    - Chez les hommes, la fréquence de la masturbation personnelle du partenaire dépend du temps :
      - 0-3 mois ($M=4,14$;$ÉT=1,19$) = postnatal ($M=3,91$;$ÉT=0,80$)
        - Partenaire se masturbe autant à 0-3 mois qu'en postnatal
      - 6-9 mois ($M=3,79$;$ÉT=1,20$) = postnatal $M=3,91$;$ÉT=0,80$)
        - Partenaire se masturbe autant à 6-9 mois qu'en postnatal
      - 0-3 mois ($M=4,14$;$ÉT=1,19$) > 6-9 mois ($M=3,79$;$ÉT=1,20$)

            - Pus grande diminution de la masturbation personnelle du partenaire à 0-3 mois qu'à 6-9 mois
        - 0-3 mois (M=4,14 ;ÉT=1,19) ET 6-9 mois (M=3,79 ;ÉT=1,20) ET postnatal M=3,91 ;ÉT=0,80) > 3-6 mois (M=3,09 ;ÉT=1,54)
            - Plus grande diminution de la masturbation personnelle du partenaire : 0-3 mois ET 6-9 mois ET postnatal, puis 3-6 mois

- Fréquence masturbation faite à partenaire
    - La fréquence de la masturbation faite au partenaire dépend de l'interaction entre le temps et le sexe (F(3,127)=6.73, p<.001, P=.98, TE=.05).
        - Chez les femmes, la fréquence de masturbation faite au partenaire dépend du temps :
            - 0-3 mois (M=4,00 ; ÉT=1,38) > 3-6 mois (M=2,90 ; ÉT=1,45) ET 6-9 mois (M=2,69 ; ÉT=1,35) ET postnatal (M=2,88 ; ÉT=1,29)
                - Plus grande diminution de la masturbation faite au partenaire : 0-3 mois, puis 3-6 mois ET puis 6-9 mois ET puis postnatal
        - Chez les hommes, la fréquence de la masturbation faite au partenaire dépend du temps :
            - 0-3 mois (M=4,14 ; ÉT=1,13) > postnatal (M=3,78 ; ÉT=0.79) > 6-9 mois (M=3,48 ; ÉT=1,21) > 3-6 mois (M=2,95 ; ÉT=1,46)
                - Plus grande diminution de la masturbation fait au partenaire : 0-3 mois, puis postnatal, puis 6-9 mois, puis 3-6 mois

- Fréquence masturbation que partenaire a fait
    - La fréquence de la masturbation que partenaire a faite dépend de l'interaction entre le temps et le sexe (F(3,128)=6.70, p<.001, P=.97, TE=.14).
        - Chez les femmes, la fréquence de la masturbation que partenaire a faite dépend du temps :
            - 0-3 mois (M=4,09 ; ÉT=1,16) > 3-6 mois (M=3,09 ; ÉT=1,53) ET 6-9 mois (M=3,59 ; ÉT=1,20) ET postnatal (M=3,89 ; ÉT=0.79)
                - Plus grande diminution de la masturbation que le partenaire a faite : 0-3 mois, puis 3-6 mois ET puis 6-9 mois ET puis postnatal
        - Chez les hommes, la fréquence de la masturbation que le partenaire a fait dépend du temps :

        - 0-3 mois (M=4,05 ; ÉT=1,33)> 3-6 mois (M=2,92 ; ÉT=1,47) ET 6-9 mois (M=2,70 ; ÉT=1,35) ET postnatal (M=2,86 ; ÉT=1,26)
            - Plus grande diminution de la masturbation que le partenaire a faite : 0-3 mois, puis 3-6 mois ET puis 6-9 mois ET puis postnatal

- Fréquence masturbation mutuelle
    - La fréquence de la masturbation mutuelle ne dépend pas de l'interaction temps-sexe (F(3,129)=.216, p=.88, P=.09) ni du sexe (F(1,131)=.25, p=.62, P=.08).
    - La fréquence de la masturbation mutuelle dépend du temps (F(3,129)=34.03, p<.001, P=1, TE=.44) :
        - 0-3 mois (M=4,32 ;ÉT=1,23) > postnatal (M=4,05 ;ÉT=0,92) > 6-9 mois (M=3,67 ;ÉT=1,32) > 3-6 mois (M=3,07 ;ÉT=1,57)
        - Plus grande diminution de la masturbation mutuelle : 0-3 mois, puis postnatal, puis 6-9 mois, puis 3-6 mois

- Fréquence pénétration anale
    - La fréquence de la pénétration anale ne dépend pas de l'interaction temps-sexe (F(3,128)=.09, p=.97, P=.07) ni du sexe (F(1,130)=.01, p=.93, P=.05).
    - La fréquence de la pénétration anale dépend du temps (F(3,128)=9.12, p<.001, P=1, TE=.18):
        - 0-3 mois (M=5,54 ;ÉT=0,91) > 3-6 mois (M=5,16 ;ÉT=1,52) ET 6-9 mois (M=5,20 ;ÉT=1,43) ET postnatal (M=5,26 ;ÉT=1,29)
        - Plus grande diminution de la pénétration anale : 0-3 mois, puis 3-6 mois ET 6-9 mois ET postnatal

ANNEXE 19

Résultats qualitatifs

A) Notes d'observation faites après les entrevues

Entrevue 001

- Bon équilibre de discours entre les deux; les deux parlent presque autant.
- Les deux (surtout l'homme) n'hésitent pas à compléter et à renchérir sur les propos de l'autre; l'homme ajoute souvent des informations au discours de la femme.
- L'homme est très proactif dans la discussion; il n'hésite pas à donner son opinion et son point de vue sur toutes les questions.
- La femme n'hésite pas rectifier le discours de l'homme quand il se trompe sur des détails; l'homme l'accepte sans problème.
- Les deux confirment régulièrement les propos de l'autre.
- Les deux vérifient parfois leur propre discours avec l'autre en se posant mutuellement des questions pour s'assurer des faits.
- Les deux se parlent parfois entre eux.
- Les deux partagent plusieurs rires communs; leur grande complicité est évidente.

Entrevue 002

- Bon équilibre de discours entre les deux; les deux parlent presque autant.
- Les deux complètent plusieurs fois les phrases et les idées de l'autre.
- Les deux confirment les propos de l'autre et n'hésitent pas à renchérir.
- Parfois, la femme vérifier avec son partenaire et lui pose des questions pour s'assurer de partager la bonne information.
- L'homme est très proactif dans la discussion et n'hésite pas donner son point de vue et son opinion sur tous les sujets.
- L'homme pointe plusieurs fois l'intérêt des propos de sa conjointe et renchérit.
- L'homme amène des nouvelles pistes d'idées que la femme n'hésite pas à élaborer.
- Les deux se parlent parfois entre eux.
- Leur complicité est grande et ils partagent plusieurs rires.
- La femme laisse parfois la parole à l'homme en l'encourageant à continuer dans son idée.

Entrevue 003

- Bon équilibre de discours, même si parfois les deux s'échangent la parole rapidement, voir parlent en même temps et se coupent la parole, le tout sans aucune anémosité; les discours s'enchaînent naturellement à une grande vitesse d'interaction entre les deux. Beaucoup de phrases et d'idées sont complétées successivement par les deux : F/H/F/H/F.
- Les interactions entre les deux sont nombreuses et chaleureuses.
- Les deux complètent et renchérissent régulièrement les propos de l'autre; ils complètent également et souvent leurs phrases réciproques.
- Les deux n'hésitent pas à préciser et à élaborer sur les propos de l'autre.
- Même s'ils n'ont pas la même opinion ou la même perception par rapport à certains sujets, les deux s'expriment librement et laissent l'autre faire de même.
- Les deux demandent plusieurs fois la confirmation de l'autre et ils se posent plusieurs questions entre eux.

- L'homme est très proactif dans son discours; il n'hésite pas à répondre à toutes les questions, répond souvent le premier aux questions posées et n'hésite pas à partager son opinion et son point de vue.
- Les deux confirment régulièrement les propos de l'autre.
- Les deux n'hésitent pas à rectifier ou à spécifier les propos de l'autre.
- Les deux partagent beaucoup de rires; leur très grande complicité est évidente.

Entrevue 004

- L'équilibre des discours est inégal : la femme parle beaucoup plus que l'homme (il confirmé en fin d'entrevue qu'il était très fatigué et pas habitué à veiller aussi tard).
- L'homme demande plusieurs fois la confirmation de ses propos à la femme et la questionne pour confirmer.
- L'homme a de la difficulté à se rappeler de leur expérience sexopérinatale; il le note plusieurs fois dans l'entrevue.
- L'homme répond peu et se contente souvent de « Mmm mmm » pour signifier son approbation ou il fait des réponses très courtes et brèves ou il dit que c'est la même chose pour lui, comme pour sa partenaire; il extrapole rarement ses réponses.
- L'homme est très peu proactif dans la discussion; c'est la femme qui prend le monopole de la discussion, qui parle beaucoup et qui fait souvent de longs monologues.
- Toutefois, quand l'homme amène des propos dont la femme ne se rappelait pas d'emblée, elle note qu'elle ne s'en rappelait pas et renchérit aussitôt; l'homme lui ouvre quelques fois une telle porte sur d'autres sujets, sans que lui ne s'y aventure.
- Les deux ont quelques interactions entre eux.
- Leur complicité semble moyenne.

Entrevue 005

- L'équilibre des discours est inégal : l'homme parle plus que la femme.
- L'homme est très proactif à répondre aux questions tandis que la femme est plus réservée et plus concise dans ses propos.
- L'homme rectifie les propos de la femme quand elle se mélange ou se trompe.
- Il y a très peu de consultations et de questions posées entre eux.
- La femme inclut dans plusieurs phrase « pour moi »; leurs discours sont parallèles et peu liés. Les deux répondent chacun à leur tour à la plupart des questions, mais font peu de liens entre eux.
- Il y a très peu d'interactions entre eux.
- Leur complicité semble faible.

B) Résumé de la catégorisation des 5 entrevues de couples

- 3 thèmes (expérience, services et besoins)
- 10 catégories
- 26 sous-catégories
- 69 items

1. Expérience sexopérinatale (4 catégories, 12 sous-catégories, 33 items)
    1.1. Grossesse
        1.1.1. Comportements et activités sexuelles
            1.1.1.1. Expériences variables
            1.1.1.2. Diminution de la fréquence sexuelle
            1.1.1.3. Le désir sexuel varie en fonction des couples
            1.1.1.4. Changement dans les pratiques sexuelles
            1.1.1.5. Fin grossesse/dernier mois : sexualité varie en fonction des couples
        1.1.2. Facteurs affectant la sexualité
            1.1.2.1. Facteurs physiologiques affectant sexualité
            1.1.2.2. Facteurs psychologiques affectant la sexualité
        1.1.3. Aspects concernant le couple
            1.1.3.1. L'intimité varie en fonction des couples
            1.1.3.2. Réaction positive du partenaire
            1.1.3.3. Couple ne s'attendait pas aux changements vécus
        1.1.4. Biais de rappel
            1.1.4.1. Difficile à se rappeler

    1.2. Accouchement
        1.2.1. Variabilité des vécus
            1.2.1.1. Les expériences sont tantôt positives, tantôt négatives
            1.2.1.2. Suivis et lieux d'accouchement divers
        1.2.2. Situation culturelle particulière
            1.2.2.1. Excision de la F

    1.3. Après la grossesse
        1.3.1. Comportements et activités sexuelles
            1.3.1.1. Période temporaire où il n'y a pas de sexualité
            1.3.1.2. Retour variable et graduel de la sexualité
            1.3.1.3. Retour à la sexualité « normale » : varie selon les couples
            1.3.1.4. Considérations sexuelles liées à l'allaitement
            1.3.1.5. Moyens de contraception utilisés variables
            1.3.1.6. Le désir sexuel varie en fonction des couples
        1.3.2. Facteurs affectant la sexualité
            1.3.2.1. Facteurs physiologiques affectant la sexualité et son retour
            1.3.2.2. Facteurs psychologiques affectant la sexualité et son retour
        1.3.3. Aspects concernant le couple
            1.3.3.1. Premiers mois : plus d'intimité
            1.3.3.2. Gestion différente du « temps sexuel »

1.3.3.3. Réaction positive du partenaire
1.3.3.4. Moment de changements et d'adaptation
1.3.4. Considérations futures
1.3.4.1. Nouvelle grossesse

1.4. Moyens d'adaptation
1.4.1. Adaptation générale
1.4.1.1. Les couples ajustent/adaptent leur sexualité et leur vie
1.4.2. Approches spécifiques d'adaptation
1.4.2.1. Communication dans le couple : élément clé
1.4.2.2. Humour
1.4.2.3. Gestion et apprentissage en couple
1.4.2.4. Approche « zen »
1.4.2.5. Retrouver du temps de couple

2. Services sexopérinataux (3 catégories, 7 sous-catégories, 21 items)
2.1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale
2.1.1. Ressources personnelles et relationnelles
2.1.1.1. Connaissances personnelles
2.1.1.2. Amis : sources variables et peu fiables
2.1.1.3. Famille
2.1.1.4. F cherche informations, puis les partage avec H
2.1.2. Ressources professionnelles
2.1.2.1. Professionnels de la santé : n'abordent pas la sexualité, à moins que question posée par F
2.1.2.2. Aucun ressource/référence donnée par professionnels
2.1.2.3. Cours prénataux : ont peu ou pas abordé la sexualité
2.1.2.4. Personne n'a suivi de cours postnataux
2.1.3. Ressources littéraires
2.1.3.1. Internet : pas toujours une bonne source
2.1.3.2. Lecture diverses, parfois rassurantes, parfois inquiétantes

2.2. Peu ou pas d'informations disponibles sur la sexualité, encore moins pour les pères
2.2.1. Manque d'informations
2.2.1.1. Peu ou pas d'information
2.2.1.2. Encore moins d'informations pour les pères
2.2.2. Qualité des informations
2.2.2.1. Informations partagées, mais ne sait pas qui croire
2.2.2.2. Toujours même information : sécuritaire et même recommandé
2.2.2.3. Information disponible, mais demande temps pour trouver et filtrer

2.3. Langue des suivis
2.3.1. Suivi francophone
2.3.1.1. Les couples ont eu un suivi francophone, à part un
2.3.2. Malgré le bilinguisme, le français est préféré
2.3.2.1. Professionnels bilingues présents

2.3.2.2. L’anglais n’est pas un obstacle, principalement car les couples sont bilingues
2.3.2.3. Les couples affirment toutefois que parler de sexualité en anglais peut être un obstacle de plus
2.3.2.4. A l’extérieur de l’hôpital francophone, les ressources sont plutôt en anglais
2.3.2.5. Importance du français

3. Besoins sexopérinataux (3 catégories, 7 sous-catégories, 15 items)
3.1. La sexualité périnatale est importante à être abordée, surtout par un professionnel de la santé, mais ce n’est pas évident
3.1.1. Sujet à aborder
3.1.1.1. Sujet important
3.1.1.2. Devrait être abordée
3.1.1.3. Aborder la sexualité permet de normaliser l’expérience
3.1.2. Difficultés pour l’aborder
3.1.2.1. La sexualité périnatale n’est pas évidente à être abordée pour plusieurs raisons

3.2. Besoins envers la sexualité
3.2.1. Besoin d’information
3.2.1.1. La plupart ont eu besoin de chercher des informations sur la sexualité, surtout F
3.2.1.2. Besoin d’avoir des informations/d’être informé
3.2.1.3. Être averti, prévenu et préparé
3.2.1.4. Traiter de la sexualité sans pudeur, sans tabou
3.2.1.5. Que quelqu’un parle de sexualité
3.2.2. Besoin de soutien
3.2.2.1. Être rassuré
3.2.2.2. Normaliser
3.2.3. Besoin de ressources
3.2.3.1. Manque de ressources et de services accessibles

3.3. Outils souhaités en matière de sexualité
3.3.1. Outil interactif
3.3.1.1. Site Internet
3.3.2. Outils littéraires
3.3.2.1. Guide complet avec partie sur sexualité, comme au Québec
3.3.2.2. Dépliant sur sexualité donné informellement

C) Tableau détaillé de la catégorisation des 5 entrevues de couple

Légende du tableau :

- Entrevue 001 → noir
- Entrevue 002 → rouge
- Entrevue 003 → bleu
- Entrevue 004 → vert
- Entrevue 005 → orange

Thème 1 : Expérience sexopérinatale			
Catégories	**Sous-catégories et items**	**Détails**	**Extraits du verbatim**
1.1. Grossesse	1.1.1. Comportements et activités sexuelles	- Bien été, malgré diminution de la libido pour F	001
	1.1.1.1. Expériences variables	- Peu/pas de changements	C : Donc euh, comment s'est passé votre sexualité pendant la grossesse ? [Silence] C : Grosse question. [rires des 2] F : Ouais c'est ça… Moi j'ai pas vu tellement de changements avec euh… --- F : Mais pour la fréquence c'est… H : J'pense pas que ça ait changé. F : Non, j'pense pas. H : J'pense pas que ça ait beaucoup changé. Euh… F : Euh… j'sais comme pas par où commencer… H : Ouais, c'est ça. --- H : Mais j'avoue que c'est pas… on s'est pas senti euh, pas senti limité particulièrement pendant la grossesse, au-delà des contraintes physiques, et tout ça. Mais euh. Voilà. On

			s'est pas senti nécessairement arrêté dans nos pratiques ou euh… voilà. --- C : Ok. Parfait. Donc est-ce qu'il y a d'autres choses pour pendant la grossesse ? F : Hum… Pas particulièrement.... ça fait déjà un petit bout de temps, mais j'ai pas de euh souvenir, d'éléments problématiques là…
		- Bonne expérience, même si sexualité est différente et pas pareille comme avant	C : Comment s'est passée votre sexualité pendant la grossesse ? F : Euh… C : Oui. F : Sur une échelle de 1 à 10 ? H : J'sais pas. C'est tu une échelle que tu veux ? F : Ah ben oui, ça serait une bonne façon. Attends, réfléchissons. C : Comme vous le sentez. H : Ben comparé à quoi ? F : Ah ! H : À avant, à après, quoi ?... Bien ! Très bien. J'vais y aller le premier. F : Oui. H : Oui oui. F : Moi je donnerais un 8 sur 10. H : Bon ok… C : Ok. F : Ben j'pense. H : Ah oui ! F : De c'que j'me rappelle là. Oui oui euh… H : C'était bien, c'était diff… tu veux-tu qu'on embarque dans toutes sortes d'affaires ou t'as des questions plus précises par après? C : Non. En fait, le but c'est justement c'est vous mettiez

			l'emphase sur ce que vous voulez. H : Ok. C : Donc si y'a des changements particuliers, si y'a eu des accrochages, ou que tout a bien été euh… F : Y'a tu, te rappelles-tu des accrochages ? H : Heh…De mon côté… un p'tit peu, mais… --- F : Faque ça c'est général, ça… On a eu une bonne expérience. C : Ok, donc pendant la grossesse ça a bien été… F : Pas, j'dirais pas excellent, mais… H : Ben… F : Une bonne expérience. Ben. H : J'peux pas voir mieux. F : Ah, pendant une grossesse, oui, non, mais c'était pas pareil comme avant. H : Non, non non non, mais… F : Ni maintenant. H : Non. F : Non. (rires de la F) H : Non. C : Donc y'a vraiment pas eu de difficultés, ça a bien été pendant la grossesse ? F : Oui. --- Non à part ça. C'est super. Toute l'expérience au complet. C : Excellent. F : Mmm mmm. On est chanceux. C : Oui. F : Ben j'pense que oui là !
		- A continué	C : Donc, hum, la première question en fait c'est comment s'est passé votre sexualité pendant la grossesse. (rires de F) C'est une question qui est très large, très générale pour

			vraiment que vous mettiez de l'emphase sur ce que vous voulez. (silence) F : Ben veux-tu commencer ? (rires) Tu veux que je commence ? H : Pas de différence. F : Tu peux y aller. H : Ben, à ce que je me souviens, euh… ben ça a pas arrêté, hein ?. Euh… ça a quand même… F : Ça a continué. (rires) H : Ça a continué. C : Ok. H : Jusqu'à quand, je sais pas exactement là…
1.1. Grossesse *(SUITE)*	1.1.1. Comportements et activités sexuelles 1.1.1.2. Diminution de la fréquence sexuelle	- Diminution au début, redevenu comme avant au milieu, puis a rediminué à la fin	H : C'était moins souvent mais c'était pas hum… C'était ben correct aussi. C : Donc on parle des relations sexuelles. H : Ouais. C : Moins souvent. H : Ouais. F : Ah tu parles de… C : Ok. H : Moi j'parlais… F : Ben la fréquence. H : Ouais, la fréquence. F : Ouais. --- F : Mais mettons que… c'est sûr que la fréquence était moins, tsé mettons une fois par trois semaines là. (rires) Pis là, en ce moment… Normalement c'est peut-être une fois par semaine et demie… à peu près, en moyenne. (rires) Mais là c'était vraiment… C'est ça… c'est vraiment plus long. C : Ok. Donc la fréquence qui a diminué… ---

			H : En terme de fréquence de rapports… peut-être au début, oui, ça a joué sur la, la fréquence… --- C : Ok. Parfait. Et vous ? Changements de la sexualité pendant la grossesse que vous avez notés ? F : Ouais. . au début, ça a beaucoup diminué… --- F : Au début ça avait beaucoup diminué, mais après, bon ben, ça a commencé à aller, c'est revenu à la normale. C : Ok. F : Et hum… C : Comme avant ? F : Oui, comme avant. C : Comme avant. F : Mais vers le neuvième mois (rires), là, ça a encore rediminué beaucoup. C : Ok.
1.1. Grossesse *(SUITE)*	1.1.1. Comportements et activités sexuelles 1.1.1.3. Le désir sexuel varie en fonction des couples	- Diminution de la libido chez F seulement	F : Wow ! Euh… ben… C'était assez, euh, je m'attendais pas à ça, mais très mort. C : Ok. F : La libido avec la grossesse… les deux grossesses sont identiques. Mais si on prend la première… c'est euh… J'ai pas beaucoup de libido. Donc euh… Non, pas, pas, pas, du tout. C : Donc un manque de désir. F : Ben j'ai pas de … j'ai pas de… Ben, pas que j'ai pas de désir, mais j'ai pas le goût. Donc la libido est… c'est mort… C : ok F : C'est mort. (rires) --- H : Pis avec nous autres ça a vraiment été comme libido non existante donc… c'est ça…faque y'a pas…c'est ça.

		• S'aiment quand même • Désir n'est pas revenu pendant grossesse - Désir relativement stable durant la grossesse chez F et H, même si désir de F moins que avant [et augmentation à la fin]	--- C : Ok. Est-ce que c'est quelque chose qui était partagé par toi au niveau du manque de désir ? Ou c'était plus une problématique plus pour elle ? H : C'était plus pour elle. C : ok. Parfait. Est-ce qu'il y a d'autres changements que vous avez vécus à part la perte de désir, quand je dis désir c'est la libido ? H : Ouais c'est la libido… c'est pas… on s'aime pas moins… faque… F : C'est vraiment le désir sexuel donc c'est pour ça… --- F : … et éventuellement ça revient. C'est jamais revenu donc… c'est ça, pendant les grossesses, la libido revient pas. H : Non pis pas d'un point de vue non plus euh, sur le désir ou quoi que ce soit. Moi j'ai pas ressenti de, de, de, de baisse ou d'augmentation du désir particulièrement pendant, pendant la grossesse. Ça a été euh… J'pense que ça, beaucoup ressemblait à ce que ç'avait toujours été avant… F : Mmm mmm. H : Avant la grossesse. C : Ok H : Humm… C : En plus de faire des adaptations physiques nécessaires. H : Exact, exact, non mais j'parlais juste au point de vue euh désir, au goût… --- H : Moi c'est pareil ! Le désir est… […]

		• H surpris que F n'ait pas eu de perte de désir - Diminution chez F et H à la fin ; effet domino/influence de la F sur l'H	H : Pas mal standard moi là. --- C :… le désir, pfff, quand même relativement stable. F : Ben durant oui, j'te dirais que c'était moins que avant. C : Ok. F : Mais après ça c'est resté stable durant. C : Ok. F : Tsé, j'pense pas, y'a pas un moment donné où est-ce que j'ai dit comme « Ah ça me tente pu », comme… C : Ok. Pas de perte. H : Non. Ça j'ai aimé, j'ai apprécié ça, j'ai été surpris. C : Ok. Donc pourquoi ? H : J'sais pas pourquoi là ! F : Ben parce qu'y'a des femmes qui veulent pu après. H : J'imagine, t'entends toutes sortes d'affaires là, je sais pas, pis non, c'était pas un problème, fantastique… --- F : Y'en a… Y'en a pas, ben y'a pas beaucoup, à un moment donné, j'avais, un p'tit magasin disait là que j'pense 15 % des femmes ont du sexe pendant le dernier trimestre. C : Ouais. H : Ah mon dieu ! F : Pis j'étais comme… C : Ça diminue drastiquement… H : Ben c'est pour ça que j'avais peur I guess ! F : Ben c'est ça ! (rires du couple) F : Mais y reste que… y'a eu un temps où est-ce que j'avais plus de libido, pis après là oups, ça a baissé, mais tsé jamais au point de m, de me dire ben j'veux… j'pense ça a pas arrivé souvent que j'ai dit non. J'pense que de, de, les deux ont avait pas mal la même libido comme. C : Ok.

			H : Ça avait descendu. F : Elle avait redescendue à la fin. --- C : Mais là donc, y'avait, y'a eu une baisse de désir, mais… F : Ouais… C : … y'était quand même là, pis, de ton côté ? H : C'est pas mal ça aussi. C : Ok. H : Mmm mmm. --- H : … peut-être que ça se ressent, ça se transmet un ti peu tsé, si elle, a sent qu'elle a pas le goût, ben, ase sent, a sent pas belle, a se sent tsé, je sais pas, ça… ça se ressent comme, c'est comme… F : C'est une énergie que… que, c'est un peu ça, c'est, je c'est, c'tune, comme… H : T'as pas le goût, ça me donne moins le goût, je sais pas. C : Ok. Donc un effet domino. H : Mettons. F : Mmm. H : J'dis pas que c'est juste ça là, mais…
		- Switch : à cause des douleurs du début, F a laissé initiative à H et laisse maintenant H faire les premiers pas ; F heureuse	H : Ouais, pis moi, une autre affaire que j'ai remarqué, vraiment là, pis c'est autant que tu… que comme quand on se couchait là, c'est tout le temps elle qui venait se coller, tout le temps. F : Ouais. H : Tout le temps dans… c'est comme un réflexe. Pis là, à un moment donné, pour j'sais pas quelle raison, mais elle, à un moment donnée, elle a demandé que c'était moi… F : Pis j'avais de la misère à bouger. H : Oui peut-être, mais… ouais peut-être q'ça a commencé là…

			F : Oui, ça a commencé là. H : Ben c'est encore de même aujourd'hui. F : Oui ! C : Ok, faque c'est resté. H : Ouin. F : Ouais. C : Ok. H : Elle a comme un besoin que j'fasse… F : (rires) Les premiers pas ! H : Que je démontre… F : Ah c'est vrai ! H : quelque chose là. F : Ouais. C : Ok. F : Tsé le soir quand qu'on est couché les deux, c'est toi comme, à cause depuis que j'suis enceinte moi, j'avais de la misère à bouger pis c'était comme « ahhhh m'tente pas » ! Tsé, c'était, c'est, c'est lourd tout, pis ça fait mal dans le dos pis tout. Pis c'est vrai pendant mon accouche, pendant ma grossesse, j'te dirais les, euh… ah, au moins les 4 derniers mois, les 4 derniers mois, j'couchais sur le sofa. C : Ok. F : Parce que notre lit, ben c'est, parce que notre lit était comme dans ce temps-là, en tout cas, on a changé de lit ça fait pas si longtemps que ça, mais, parce que, en tout cas on a changé de lit ça fait pas si longtemps que ça, mais parce que y'était vraiment comme, y'était dû pour être changé, y'avait un gros creux pis ça me donnait mal au dos, faque je me couchais là. Faque, je me sentais coupable parce que je m'éloignais de lui, mais en même temps, si je faisais pas ça, je faisais de l'insomnie tsé, faque, c'était comme… Faque ça ça a changé aussi la dynamique tsé, moi j'ai vraiment, j'allais comme pu vers lui autant, parce que j'avais mal, mais… Faque ça a resté, ça a resté après là. Là

			asteure c'est comme plus une habitude, c'est lui qui vient me voir. Pis y'é tout surpris quand c'est moi qui va le voir. (rires) C : Ok. H : Ben j'mennuie de ces moments-là, ben oui. F : (rires) Ben moi ça me fait, moi, de rester comme ça, ça me fait vraiment du bien. J'suis comme... Souvent je sentais que « ah y me colle », tsé c'était tout le temps moi comme qui allait vers lui pis qui… Mais là je sens comme plus que c'est lui, pis là ça me fait du bien. Je sens comme peut-être c'est plus qu'y'a plus le goût, je sais pas… J'aime mieux ça de même ! (rires) C : Un excellent point positif de la grossesse ! F : (rires) Ouais ! C : Ok.
		- Diminution chez F au début, puis reprise au milieu	C : Au niveau du désir ? Est-ce qu'il y a eu une fluctuation au niveau du désir sexuel pendant la grossesse ? H : Hum… C : De votre côté, parce que je vais lui reposer la même question après. F : Hum, au début j'pense pas qu'y ait euh vraiment de, de fluctuations, à part peut-être que ça a dû diminué un peu. C : Ok. F : Hum… Et puis après, ça a dû euh, ben, vers peut-être le milieu, la fin de la grossesse, peut-être que ça a repris euh, comme le même rythme que précédemment, mais euh… C : Ok. F : Mmm. C : Donc c'est revenu comme avant, pendant la grossesse. H : Oui…
1.1. Grossesse *(SUITE)*	1.1.1. Comportements et activités sexuelles	- Changements des positions sexuelles	F : Évidemment des positions… H : Moins pratiques, c'est ça, c'est ça, exact il faut

	1.1.1.4. Changement dans les pratiques sexuelles		apprendre… --- H : Mais, puis différentes intensités. Parce que ben, on voulait pas… je sais pas là. Positions, intensité. F : Ça ça a changé pas mal. H : Ouais. --- F : Il a fallu s'adapter là, c'est sûr. H : Ouais, moins de face à face. C : Ok. F : Oui. H : Oui. C : Donc les positions sexuelles ont changé. F : Surtout au début… H : Oui. Y fallait que ça change. F : Tsé au début, j'me rappelle… me semble je… c'était pas j'avais mal au ventre ? Genre… H : Oui, la position t'fais, te donnait un mal à quelque part… F : Oui, j'avais mal… ça me pognait des crampes. En tout cas… C : Pendant ou après ? Parce que les douleurs abdominales après les relations sexuelles c'est fréquent. F : Non, c'était pendant il me semble ! Faque là j'étais plus confortable d'une certaine position… --- F : À la fin, après ça, on a trouvé une position pour mon ventre, pour… avec oreillers… H : Ah ouin ? F : Parce que là tu disais comme « Ah ben là, ça fait longtemps ». H : Ahh… j'm'en rappelle pu. Fantastique !

			F : Y vivent dans l'présent, les hommes là ! C : La mémoire sélective ! F : Ouais, c'est ça. (rires de tous) Y vivent dans l'présent.
		- Moins d'ardeur	H : Mais, puis différentes intensités. Parce que ben, on voulait pas… je sais pas là. Positions, intensité. F : Ça ça a changé pas mal. H : Ouais. C : L'intensité dans quel sens ? F : Ardeur comme… H : Ardeur, force. C : Ok. (rires du couple)
		- Plus de préliminaires	F : Tu… tu… c'est plaisant, mais ça prend plus de temps à se préparer pis tsé ça d'mande comme… c'est pas euh… y'a pu de euh… (rires) comment tu ?... y'a pu de p'tites vites là. (rires de F) C : Donc plus de préliminaires. F : C'est ça. Ouais c'est ça, pas mal plus.
		- Autres activités de plaisir	H : On prenait ce qui passait pis on faisait d'autres activités de plaisir. (rires)
		- Utilisation de la fellation par la F pour pallier le manque de sexualité, car culpabilité	F : Tsé des fois, quand… Ouais, j'pense que pendant la grossesse il me semble que je, je palliais plus autrement, tsé. C : Ok. F : (rires) Y m'semble. J'me sentais coupable de pas autant… H : Ouais, j'pense que oui. (rires de F) C : Ok, donc on est allé vers d'autres pratiques sexuelles… F : Ouais. C : …pour compenser. F : Ouais.

			C : Ok. F : Ben la fellation, là ! (rires) C : Mmm mmm. F : C'est ça ! (rires) C'est gênant un ti peu, j'm'excuse… Ok ! C : Pas de problème, c'est, c'est normal ! Moi je suis sexologue, j'en parle à tous les jours… F : Ok. C : On s'habitue ! (rires) F : Ouais, c'est ça. Ok. Mais c'est dit. C : Ok.
		- Moins de sexe oral	F : Ouais, y'a eu moins... […] F : … moins de sexe oral j'te dirais… C : Ok. F : Moi j'étais moins intéressée. H : Oui. F : À en donner et à en recevoir. H : Oui ! C : Ok. F : Les deux. C : Donc y'a eu diminution de ça. F et H : Oui. C : Ok.
1.1. Grossesse *(SUITE)*	1.1.1. Comportements et activités sexuelles 1.1.1.5. Fin grossesse/dernier mois : sexualité varie en fonction des couples	- La sexualité est utilisée pour déclencher le travail, sans résultat	F : Ouais, ouais, pis même à la fin, tsé parce qui comme dans la liste des choses qui font accoucher là ?… C : Oui. F : Y disent que d'avoir des relations sexuelles ça aide à accoucher, faque les dernières semaines là (rires)… on avait beaucoup de relations sexuelles parce que ben c'était malheureusement dans le but de… C : De déclencher le travail…

			F : Déclencher le travail là. [rires des 2]. H : Ouais, exact. F : Ouais mais ouais ça a été euh pas vraiment fructueux pareil hein… H : Pas super effice… F : Parce que j'ai accouché une semaine en retard. [rires des 2] C : Ça a pas été utile, mais… F : Mais mentalement j'avais l'impression que je contribuais à faire avancer le… [rire] H : Le processus, à faire avancer le processus. C : Ok. F : Tout ça et les tisanes et toutes autres choses qui ont fait partie du… euh… processus. --- F : Au contraire, à la limite, surtout à la fin de la grossesse, à un moment donné c'était comme même, comme un remède pour déclencher les contractions ! [rires] C : Ok. --- F : Pis surtout que comme, évidemment, j'voulais l'avoir plus tôt. H : Ah oui… F : Faque là c'était comme… H : A avait lu ça à quelqu'part. F : Ben tsé, y'a des femmes qui disent… C : Faque vous avez utilisé les relations sexuelles pour déclencher le travail ? F : On a essayé ! Ça a pas marché pantoute là. (rires du couple) Faque c'était au moins comme… à la fin c'était… deux-trois fois par semaine ! --- C : (rires) Quand elle a été en retard, est-ce que vous avez pensé à…

			F : Oui. Quand elle était en retard, à un moment je me suis dit si on dit vraiment que ça déclenche ça, parce que j'étais vraiment fatiguée. Alors à un moment, je, je voulais rien que ça ! Mais j'ai vu que ça ne changeait pas grand-chose, donc. C : Ok. Mmm… Donc légende urbaine dans votre cas. F : Oui. C : Excellent.
		- Diminution de la spontanéité	C : Donc est-ce que c'est moins de spontanéité et plus de planification ? F : Ouais un peu moins de spontanéité… H : Peut-être un peu moins spontané, ouais. F : Parce que… H : Disons qu'on a une heure limite. F : Ouais c'est ça. [rires] H : À partir de là, c'est une question de fatigue. C'est pas mal, j'voyais pas ça… euh… ouais, ouais… Peut-être un peu moins de spontanéité, surtout à la fin, surtout à la fin de la grossesse. F : Ouais. H : Pas au début. Mais euh, ouais, peut-être un peu moins de spontanéité.
		- Sexualité redevenue « normale »	F :… mais après ça à la fin j'me rappelle que… H : Ouais c'était quasiment heu… F : C'était quasiment normal ! H : C'était comme e'revenu ! F : Comme le dernier mois là ! H : C'était quasiment revenu ! C : Ok. H : Parce que là ben who cares ? C'est juste qu'on… F : Ben… le dernier mois de la grossesse. ---

			F : À la fin c'est j'trouve que c'était revenu plus normal. C : Ok. F : El trois, moi j'trouvais que le dernier trimestre [H : Ouais], c'était revenu plus normal, ben plus [H : Ouais] normal…
		- Plus de plaisir physique et de désir pour la F	Pis moi j'trouve que le dernier mois, j'avais plus de plaisir aussi… H : Oui ! F : Comme physiquement. H : Oui. C : Ok. H : Oui. F : Ça c'était vraiment intéressant ! (rires) C : Ok. [H : Je l'ai senti ça.] Plus que normalement ? F : Plus que normalement, c'est comme parce que [H : Oui] j'pense que j'ai eu [H : Mmm mmm.]… C : Oui, confirmation ! (rires avec conjoint) F : … parce que je j'pense j'ai eu quelques orgasmes vaginals à la fin. H : Mmm mmm. F : C'que j'ai pas d'habitude. C : C'que… ok. F : Pis y m'semble, y me semble un, deux, trois fois peut-être, j'ai le souvenir de ça. Oui. H : Mmm mmm. F : Non, c'était bien. C : Ok. Donc ça c'est vraiment amélioré dans le dernier mois là. F : Oui ! Ben moi j'trouve là, j'ai des souvenirs d'ça là. Que… Oui. H : Moi j'ai des souvenirs que tes sons étaient différents, faque c'est parfait ! (rires du couple) C : Confirmation !

			F : Confirmation ! C : Ok. Le désir était plus là aussi ? F : (F réfléchit) Oui
		- Désir d'avoir l'enfant	F : … Le désir aussi de, de l'avoir, moi c'était plus le. C : Ok. F : Parce qu'à cause, nous autres on est tous les deux dans le milieu de l'enseignement, faque c'était beaucoup plus pratique si a venait, si le bébé naissait plus tôt, à cause de la rentrée. (rires de C) Faque là c'tait comme… Mais même temps c'est devenu plus plaisant, en tout cas, faque c'était comme à deux niveaux. C : Ok. H : Nice. Bien. F : Oui, oui oui. H : Oui. F : Donc y'a eu…
		- Difficile vs confort	H : Vers la fin je pense que… c'était plus compliqué là… F : Ouais peut-être que le dernier mois euh… euh… euh… était difficile. C : Au niveau du confort ? H : Mais je… F : Ouin… ouais. Euh… Oui. Au niveau du confort, euh…
		- Moins de sexualité	H : Mais me semble vers la fin, y en a moins comme… me semble, mais j'suis pas clair dans ma tête. Ça se peut tu, ou ? F : Ben oui, c'était moins là, ça c'est sûr là, c'était moins… ouais… H : Ok. --- F : Mais pendant la grossesse, ça, ça allait bien. C : Ok.

			F : C'est, c'était facile. Mais vers la fin, c'était autre chose.
1.1. Grossesse *(SUITE)*	1.1.2. Facteurs affectant la sexualité 1.1.2.1. Facteurs physiologiques affectant sexualité	- Débalancement hormonal - Nausées - Fatigue

		et poids	H : Physiquement, techniquement. [rires des 2] F : Techniquement c'est plus compliqué là ! [rires des 2] C : Ok. --- F : Pendant la grossesse, tsé j'veux dire euh, plus plus, ça avance, moins t'es capable d'attacher tes lacets. [rires des 3] C : Des contraintes physiques. H : Ouais. F : Des contraintes physiques, tout simplement. C : Ok. F : Donc j'pense que c'est la même chose dans la sexualité. Pis j'pense pas que ça nous a vraiment… --- C : Ok. Donc c'était plus des contraintes physiques… F : Ouais. C : … qui ont modifiés la sexualité. F : Ouais, probablement, ouais. On peut voir ça comme ça, des contraintes physiques. --- F : Comme, le fait d'être, d'avoir de la misère à me, à bouger… --- C : Tous les problèmes physiques qui viennent avec. F : Oh ouais, c'est ça, pis… --- F : Pis j'avais de la misère à bouger. --- F : … à cause depuis que j'suis enceinte moi, j'avais de la misère à bouger pis c'était comme « ahhhh m'tente pas » ! Tsé, c'était, c'est, c'est lourd tout… --- F : Parce qu'avec le poids et tout, c'était pas facile. ---

			F : … et le poids ! (rires) C : Le poids, oui ! --- F : Et vers la fin, c'est surtout sur le plan physique, parce que c'est… vers la fin, on peut en avoir envie, mais physiquement, ne pas être capable de le faire. C : Ok. Ok. Parfait. --- C : Ok, comment ça c'est passé ? F : J'ai pris du poids ! (rires de C et F) D'abord, ça a commencé par la poitrine. C : Ok. F : La poitrine qui a vraiment pris… (rires) C : Le poids. F : Le poids ! (rires de F et C) Et ensuite c'était le ventre, petit à petit, mon ventre a pris du poids. C : Ok. F : Ouais, mais je, je me sentais quand même bien avec. C : Ok. F : Ouais. C : C'est bon. Le, la, la, la prise de poids au niveau des seins, est-ce que c'est quelque chose qui est intéressant pour vous, euh, pendant la grossesse ? H : Euh, pas spécialement. C : Non ? H : Non. C : Ok.
		- Inconforts - Douleurs	F : Mais euh non mais té… par comme moi, évidemment, j'ai comme eu, mon corps a changé là. J'ai eu des inconforts, euh, des douleurs, des choses qu'y ont fait que que tsé on a dû ajuster la sexualité… --- C : …plus d'inconfort.

			F : Mmm. --- F : Mais c'est quand même agréable là. C : Ok. F : Disons que si mettons je compare à avant… C : Mmm mmm. F : … la g, pendant, c'est-à-dire, la grossesse pis après l'accouchement, c'est comme… le jour et la nuit euh en terme de douleurs là. C : Ok. F : Tsé y'en avait, pendant… --- F :… d'avoir mal dans le dos… --- F : … pis ça fait mal dans le dos pis tout… --- F : … et les inconforts. C : Ok. F : C'était pas facile au début. --- C : Donc, c'était un inconfort physique. F : Oui, c'était un inconfort vraiment physique, c'est… C : Ok. Donc, les deux extrêmes de grossesse. F : Oui. C : Début et à la fin. --- C : Et les nausées, tous les, les inconforts physiques. F : Oui. --- C : Est-ce que vous avez eu beaucoup d'inconforts physiques ? F : Au début, oui. C : Oui ?

		- Manque de lubrification	C : Mais toi t'as vu une différence pendant la grossesse ? H : Ouais. C : Ok. F : Oui. H : Oui. F : Ça c'est vrai ça. Mais après… J'pourrais pas te dire… H : Plus sec… je sais pas là… --- F : Ben au niveau aussi de la sensation physique là, c'est, y'a beaucoup de, de sécheresse là, tsé. C : Ok. --- C : Problème de lubrification à la fin de la grossesse aussi. F : Mmm mmm.
		- Sensations physiques différentes	F : Faque en dedans, tsé, tu sens pas ça pareil faque vu que tu le sais, c'est, c'est moins intense que après l'accouchement où est-ce que là c'est, c'est quasiment traumatisant, mais pen, mettons pendant la grossesse, y'a c't'inconfort là, c'qui fait que là t'appréhendes le moment. C : Ok.
		- Constipation et sentiment d'être « pognée » dans corps	F : Mais y'a aussi le fait que… tsé c'est, c'est vraiment peut-être, en tout cas moi je trouve que y'a un lien là à faire, mais c'est que en dedans tu te sens tellement tight, tellement pognée. C : Ok. F : Pis moi, pour vrai, j'avais des gros problèmes, mais c'est, c'est souvent comme ça les femmes enceintes là, mais j, j'étais beaucoup comme, c'est gênant de dire ça, mais j'y ai déjà dit devant lui, mais j'étais vraiment comme quasiment tout le temps constipée tsé. C : C'est la pression normale du bébé là. F : (rires) Faque là en dedans tu te sens comme toute

			pognée, pis là tsé c'est comme. Faque même quand, c'est comme si c'était de trop là quand qu'y rentrait, c'était comme, ah y'a pu de place tsé ! (rires) C : Ok.
		- Insomnie	F : … de faire de l'insomnie, de tsé comme ! --- F : Les insomnies et tout donc…
		- Changements physiques	H : …mais c'est sûr qu'y a été des changements psy, physiologiques là, mais hum… C : Mmm mmm.
1.1. Grossesse *(SUITE)*	1.1.2. Facteurs affectant la sexualité 1.1.2.2. Facteurs psychologiques affectant la sexualité	- Se passe plusieurs choses en même temps	H : …pis là en plus, euh, on faisait bâtir la maison en même temps faque y se passait beaucoup de choses. Faque euh… tsé c'était ça…
		- Peurs o Absence de peur	F : J'avais pas de peur particulière lié à la sexualité. --- F : Tsé y'en a qui, qu'y ont peur de faire mal au bébé. Moi j'ai tellement lu là-dessus que garde, je le sais là que c'est pas grave là. H : Mmm mmm. F : Euh… ça c'est pas… --- C : Pour vous ? H : Si j'avais peur ? C : Ouais ? H : Non, j'me souviens pas d'avoir eu peur, de d'ça là. C : Ok.
		o Faire mal au bébé, en début de grossesse	H : …puisque y'avait aussi le sentiment de peur, de pas savoir exactement si euh, on pouvait y faire mal ou euh… au futur bébé, des choses comme ça…

			C : Ok, en début de grossesse… H : Oui, c'est surtout là je pense… C : … donc une petite incertitude. H : … qu'y a eu quelques euh, quelques changements, mais euh… C : Ok. H : Après ça, je pense pas que, les changements c'est pas vraiment peut-être à mon niveau que y'a eu beaucoup en fait de constatés, si ce n'est du mal au bébé. C : Ok. H : Hum… C : Donc vous, vous ce que vous eu c'est vraiment au début là, juste une petite période d'adaptation pour… H : Mmm mmm. C : … pour pas faire mal au bébé, pour… H : Ouais. C : Ok. Parfait. --- H : …puisqu'en tant que tel, y'avait plus cette, ce sentiment de peur en fait donc euh. C : Ok. C'est une peur de quoi exactement ? H : Ben c'était vraiment lié au fait de euh, est-ce que c'est si vrai que ça qu'on, qu'on risque pas de faire du mal au euh, au futur bébé et hum… est-ce que c'est euh, ouais, c'est ça, est-ce que y'a pas forcément un inconfort aussi euh, pour le, le bébé, tu le sais pas vraiment. C : Ok, toujours axé sur bébé. H : Oui. C : Ok --- F : Et puis y'avait aussi cette même peur-là. C : Ok, de faire mal au bébé. --- C : Ok, donc les deux extrêmes, donc au début, un peu plus

			peur de faire mal au bébé… --- F : Est-ce que réellement y'avait pas de… parce que moi je le sentais vraiment pas bas. C : Ok. F : Et donc je me disais comment ça se peut que je puisse avoir un rapport sexuel sans que elle ça la dérange. Et surtout quand elle bougeait, donc y'avait… y'avait tout ça. C : Ok.
		○ Affecter grossesse (fausse-couche)	F : Et comme c'est le tout début, j'avais peur, je me disais peut-être que ça pouvait causer d'autres choses, des fausses-couches ou je ne sais pas, donc. C : Ok, donc vraiment pour la grossesse là. F : Oui. --- C :… mais aussi peur de la fausse-couche… F : Oui, oui… C : … de faire quelque chose à la grossesse…
		○ Accouchement prématuré si a des relations sexuelles	F : Et puis bon ben… parce que… je sais, un peu à la fin de grossesse, j'avais quand même un peu peur. C : Ok. F : Et là, j'avais lu une fois, y'a une dame qui disait que vers la fin... C : Mmm mmm. F : … il faut éviter au maximum d'avoir des rapports sexuels, sinon ça provoque l'accouchement pour toi. Mais deux disent que si tu voulais accoucher plutôt que la date prévue, il fallait beaucoup beaucoup beaucoup de sexe… C : Mmm mmm. F : … tous les jours du sexe et ça déclenchait l'accouchement. Donc, ce qui fait que, à partir du 8e mois, ça me faisait peur. Parce que je me disais « non, y faut pas

			que je fasse ça et que ça déclenche l'accouchement maintenant ». C : Mmm mmm. F : Je voulais qu'elle fasse quand même les 9 mois. Donc j'ai, j'avais beaucoup arrêté, j'avais beaucoup diminué, et puis bon ben… à ma grande surprise, elle a dépassé les 9 mois.
		- Blocages mentaux des F envers la sexualité o F se sent pas seule dans son corps	F : … pis en même temps, moi je me sens habitée, je me sens pas toute seule dans mon corps. C : Ok. F : Donc… tu vois, je me sens pas toute seule donc je me sens déjà pris par quelqu'un d'autre donc on dirait que le rapport sexuel ça… je sais pas, je trouve ça euh… je sens que mon bébé est déjà là donc… c'est pas le moment. C : Ok. Bébé est un peu un obstacle, pas nécessairement dans le sens négatif, mais plus euh...? F : Ben c'est parce que c'est une autre personne qui est là là donc je sais pas, ça ça me coupe, ça me coupe l'envie. (rires)
		o ils sont 3 dans la sexualité	F : Pis j'étais comme, je sais pas si c'est tant la position qu'ça que le, le fait de... penser, de savoir… de… de… de savoir qu'y'a quelqu'un, c'est comme si on était trois. C'est… C : Ok. F : Comme dans ma tête, c'est pas… J'sais pas, y'avait peut-être un blocage à ce niveau-là parce que c… tsé trouver une position, être confortable, c'est une chose, pis être inconfortable mentalement c'est d'autre chose. C : Ok. F : Faque y'avait comme un mélange des deux là. C : Ok. Pis l'idée du troisième c'est que y'a vraiment comme quelqu'un d'autre dans la, dans la relation sexuelle,

		○ 2 feelings qui ne vont pas ensemble pour la F ; bébé ne dérange pas H	dans… F : Ben… c'est pas… C : C'est dûr à expliquer là, je comprends… (rires) F : … clair que ça tsé ! C'est plus comme, parce veut veut pas, surtout vers la fin là, ts… comme… tu le sens bouger tellement souvent que c'est comme weird de d'avoir un feeling, deux feelings comme qui ont, qui vont pas ensemble. C : Ok. F : Tsé faque c'était surtout ça là qui… H : Ça c'est vraiment pour toi. F : Je ! Je l'ai… H : Moi je le sentais pas ben ben. F : Y s'en rendait pas ben ben compte ! (rires) C : Ok. Donc pas de, moins de, de, pas de pression, mais moins de pression psychologique on va dire ? H : Non, j'avais pas… C : Ok. Donc bébé dérangeait pas… H : Non. C : … même quand il bougeait. H : Non. F : Toi, j'pense ça a pas changé grand-chose… dans le fond. (rires) H : Non.
		○ le ventre est entre les 2	F : Parce que vers la fin, le médecin disait que souvent normalement y devrait pas avoir de problèmes. C : Ok. F : Mais moi j'avais toujours plus peur, parce que c'était le ventre entre nous. C : Ok. F : Et surtout quand elle bougeait beaucoup et tout. C : Mmm mmm. F : Donc, y'avait un genre de blocage.

			F : Ouais. C : Ok
		- H ne veut pas faire mal à F	H : Je sais pas. Pis je sais pas pourquoi, mais euh. Ben j'ai une idée là. J'voulais pas… F : Non, ben… H : C'est pas faire mal, mais c'était comme j'voulais res… respecter le le le… F : Le corps. H : Le corps de la maman, je sais pas trop, c'est pas, j'peux pas l'expliquer en mots, mais… C : Ok. H : C'était pas euh… C'était pas aussi hum… C : Y'avait des petites réticences pour les relations sexuelles ? H : Non, pas de l'faire, pas rien comme ça, mais c'était pas euh… aussi animal ? Je sais pas trop là… c'était plus comme… C : Ok. H : Là ça… F : Oui. H : … devient la mère de mon enfant, pis c'est comme pas mal différent, mais ça a tout revenu, ça a changé là ! C : Ok. (rires du couple) H : Mais c'est peut-être… F : Oui j'c…. H : …tout l'effet là euh.. F : Oui oui oui, c'est ça. H : … visuel et émotionnel de tout ça.
		- Femme = mère	C : Donc c'était la mère. H : Mais j'voulais pas non plus la la tsé… Ouais c'était la mère. Je sais pas, j'voulais pas que tu m'dises euh… F : Que c'était pas correct de faire ça. H : Trop fort ou je sais pas trop !

			F : Ouais. H : C'est bizarre. C : Ok. --- F : Ok, c'est ça, ça disait peut-être que les papas peuvent être mal à l'aise une fois que t'es vraiment enceinte… H : Oh oui ! Mais, j'sais pas, pour toi… c'était psychologique ça. C'était… c'était weird. Mais le fait que tu m'as dit que y'avait pas de danger pour le bébé, envoye fort, ça m'a… mis à l'aise. C : Rassuré ? H : Oui. C : Ok.
		- H est devenu à l'aise quand F lui a dit qu'il n'y avait pas de danger pour bébé	
		- Retrait préventif à 3 mois a fait diminué l'estime de soi qui a, à son tour, influencé la sexualité à la baisse	F : … pis tsé aussi le fait que moi… H : Mmm mmm. F : … j'tais arrêté à 3 mois de, de… C : Ok. F : … j'ai, j'ai, le retrait préventif. C'est comme, ça jouait sur mon estime là, j'me sentais comme une grosse baleine inutile qui dort toute la journée, tsé, qui fait pas rien de productif, tsé, j'me sentais pas utile, j'me sentais pas comme, j'me sentais juste... H : En même temps, j… F : … ça aussi ça joue…
		- Stress	F : Au début, c'était beaucoup de stress…
1.1. Grossesse *(SUITE)*	1.1.3. Aspects concernant le couple 1.1.3.1. L'intimité varie en fonction des couples	- Autant d'intimité	H : On se taquine autant qu'on le faisait, euh, on se touche encore… euh… les caresses, les tapes sur les fesses. Les taquineries surtout. C : ok H : C'est ça. Ça a pas changé, c'est juste ça. C : ok.

		- Plus d'intimité - Fin de grossesse surtout - Un peu moins, mais compense pour moins de sexualité	H : Mais c'était aussi bien, c'était plus proche, c'était d'autre chose là. C : Plus d'intimité ? H : Oui. Moi j'ai trouvé ça. Pas toi là ? F : Oui. --- H : …seulement que, peut-être vers la fin de la grossesse, oui, il y a dû avoir un peu plus de rapprochement. C : Ok --- C : Est-ce que vous avez vécu d'autres choses ? Est-ce qu'y'a des choses en particulier au niveau de la relation, de l'intimité, que vous vous rappelez ? Soit que ça a vraiment bien été ou y'a eu un problème… F : Oui, ça vraiment, ça a vraiment bien été. C : Ok. F : Euh… Au début, c'était beaucoup de stress, mais après ça, c'était, on s'est plus rapprochés. C : Ok. Donc le rapprochement de tout à l'heure, à la fin. F : Oui. C : Ok. Parfait. C : Excellent. Hum… Pendant, y'a eu moins, quand y'a eu moins de sexualité, est-ce que y'a eu plus d'intimité ? Là on parle de caresses, de, de, s'embrasser, d'être tsé, d'être collés. H : Mmm mmm. Hum… Est-ce qui y'en a eu moins, tu veux dire ? C : Est-ce qu'y'en a eu… H : Que ce soit avant ou après la... ? C : Ouais. (silence) Des fois on utilise ça plus pour compenser quand y'a moins de sexualité. H : Ouais… Mmm…

			F : Ben moi je sais que côté, hum, affection là, juste affection, caresses, pas comme dans le but de… C : Non, non. F : Mais juste affection là, comme, quand j'étais enceinte, c'était normal, c'était comme à l'habitude. Nous autres on se donnait souvent des caresses, souvent des becs tsé, mettons, tsé… tout le temps, comme tout le long de notre relation, c'était pas, c'était comme ça. Pendant la grossesse, c'était peut-être une p'tite p'tite coche de moins…
1.1. Grossesse *(SUITE)*	1.1.3. Aspects concernant le couple 1.1.3.2. Réaction positive du partenaire	- Pas d'attentes envers la sexualité - Compréhension - pas malheureux - ressent désir de l'autre et s'ajuste pour ne pas faire pression	H : Ben ça a vraiment été, euh, comme a dit, sur, c'est comme je pense qu''y avait pas vraiment d'attente à ça. C : ok. Pis comment t'as réagi face à ça ? H : Ben écoute là je, j'peux pas moins l'aimer ou quoi que ce soit. Ça a bien été honnêtement là euh. Tsé tu peux comprendre… --- H : D'un côté, j'pense que j'étais compréhensif de la situation, bon, ok, faque ça a été euh... H : C'était pas la fin du monde par contre non plus faque j'étais pas malheureux dans la situation. C : Ok. Qu'est-ce que vous avez fait en tant que tel pour régler ça ? Ou vous avez juste vécu avec ? H : Ben vécu avec écoute quand t'as… tsé y'a une chose aussi quand t'as les 2 personnes qu'y a pas tsé physiquement ressentent pas le besoin pas vraiment tsé comme de grandes envies ça fait également que quand que oui t'as une expérience sexuelle avec une personne qui en a moins envie ben l'autre peronne tsé le ressent aussi en même temps. Faque tu vas te poser la question bon ben regarde là tu veux-tu vraiment euh tsé faire sentir ma partenaire un peu cheap de dire bon ben là regarde y faudrait vraiment pis fait à semblant d'aimer ça là. Faque tant qu'à ça, c'est comme regarde on va faire autre chose…

1.1. Grossesse *(SUITE)*	1.1.3. Aspects concernant le couple 1.1.3.3. Couple ne s'attendait pas aux changements vécus	-	F : C'était assez, euh, je m'attendais pas à ça… --- F : J'pense qu'on entend souvent le contraire. C : Ok. Comme quoi ? F : Tsé les gens vont dire ah ma femme est enceinte pis a l'a libido, super haute. On voit souvent comme, on entend plus ça. Ou juste comme on écoute une émission de télé, toujours la libido dans le plafond. C : Ok. F : Pis là toi t'arrives pis t'es comme… pffff… non… donc je pense que c'est peut-être ça aussi qui est la surprise. H : C'était surtout ça parce qu'on regardait ce que c'était notre vie avant pis tout ça avec plein de libido aussi pis là t'es comme « ah ! ok ». Faque là, on, on a vraiment changé, j'pense que c'était plus ça… --- H :… je sais pas, on dirait que l'image préconçue que moi j'avais c'était pas ça. J'veux dire, euh, j'm'attendais à une baisse mais pas en terme de, pas une grande différence comme ça. C'est plus à ça que je m'attendais pas. C : Ok.
1.1. Grossesse *(SUITE)*	1.1.4. Biais de rappel 1.1.4.1. Difficile à se rappeler	-	H : J'me rappelle pu, c'est comme si c'était des années passées ! Mais ça fait 7 mois ! (rires) F : Mais c'était l'été passé ! H : Ouais, c'était pendant l'été. C : Ok. H : Mais… F : Oui, non, c'était… --- F : Mais sinon durant la grossesse euh… me semble que… en tout ça a l'air comme si c'était super loin, mais c'est pas loin là… (rires de F et C) Mais on dirait que j'ai pas tant de souvenirs…

			H : Moi non plus, j'ai de la misère à m'rappeler. --- C : Est-ce qu'il y a eu d'autres changements que vous avez remarqués au niveau de la sexualité pendant la grossesse ? (silence) F : Oh my god, j'aurais dû… j'me, on dirait que c'est loin… (silence) --- C : Qu'est-ce qui aurait d'autre ? H : Mmm, je l'sais pas… (silence) F : Ayoye c'est tellement weird… H : Ouais. F : … parce qu'on dirait que c'est tellement loin ! (rires de C) Pis, pourtant, c'est l'année passée ! H : Mmm mmm. C : Ça on appelle ça de l'amnésie de, de grossesse. (rires de F) C'est pour ça que l'humain se reproduit malgré tout ! (rires de C et F) F : Ouais, c'est ça ! Pourtant, j'sais pas. C : Ok. F : Ouais. C : Ok. --- C : Ok. Pendant qu'elle cherche ses mots, commentaires ? (rires de C) Comment ça a été les premiers mois, comment tu t'es senti ? H : Euh, ben c'est sûr que j'essaie de me… on n'a peut-être… tsé j'essaie de me rappeler c'que je… j'ai de la misère là… --- C : Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous voulez ajouter sur votre vécu, au niveau de la sexualité, de l'intimité, pendant ou après la grossesse ? H : Moi j'ai dit c'que j'me souvenais là. Juste comme ça, je

			sais pas là… (silence) --- H : Non, en fait, je… j'ai pas vraiment beaucoup réfléchi à la question…
1.2. Accouchement	1.2.1. Variabilité des vécus 1.2.1.1. Les expériences sont tantôt positives, tantôt négatives	- Plutôt positives • Accouchement naturel sans intervention • Accouchement naturel sans points et rapide	F : J'ai eu un accouchement vaginal naturel là. C : Ok. Sans intervention ? F : Sans aucune intervention. Sans déchirement, rien là. Donc. C : Ok. --- C : Bel accouchement ? H : Merveilleux ! F : J'ai, j'ai pas euh, j'ai pas de points de suture, y'a pas rien qui s'est passé. C : Ok. F : Ou presque là, vraiment y'avait juste une tite tite affaire, faque... C : Accouchement vaginal… F : Oui, oui oui. C : … parfait là, entre guillemets. H : Oui. Parfait. C : Mais long j'ai l'impression ? (rires) F : Non ! Même pas ! C : Ok. H : Comme 45 minutes, ça avait pas de bon sens. F : Comme… ça a pas de bon sens. (rires de H) C : Premier là ? F : Oui. H : Elle a crevé ses eaux dans l'ascenseur, pis 1 heure et quart plus tard, c'était fini. C'était merveilleux. F : C'était merveilleux. C : Ok.

		• Bel expérience d'accouchement rapide → infirmière l'a accouché	F : Pas que ça dérangé, ça a duré deux heures à peu près, ça faque ! (rires) H : C'est même pas elle qui t'a accouché, c'est… F : L'infirmière. H : C'est l'infirmière. Elle était là, tout allait tellement bien, a dit, a dit à l'infirmière « ça te tente tu ? ». L'infirmière a dit « Ah ! oui ! ». C'est, c'est sa première ! A dit « ok, envoye fort ! Amuse-toi ! » C : C'est merveilleux ça ! Une belle expérience pour tout le monde ! F : Oui ! ah oui oui ! (rires)
		- Plutôt négatives • Vaginal spontané, avec déchirure péri-urétrale	C : T'as eu un accouchement comment au juste ? F : Euh, normal. C : Vaginal spontané. F : Oui. C : Ok. ---
		○ F ne savait rien concernant la déchirure ○ F a lu sur sujet, mais n'a pas trouvé beaucoup ○ A dû venir dossier médical	F : … Pis j'ai dit, je le sais que, parce que j'avais lu là-dessus, que après l'accouchement, surtout si t'as eu, tsé moi j'ai, j'ai déchiré. C : Ok. F : Je savais même pas où j'avais déchiré. Y'a fallu que je fasse venir mon, mon dossier là. C : Ok. F : Parce que je savais même pas c'était quel… C : Personne te l'a dit ? F : Non ! C : Non ? Ah, c'est…. F : Ben, sur, ben sur le coup, j'ai su que j'avais déchiré, mais je savais pas de où.

			C : Ok. F : Je savais pas à quel niveau, parce que y'a comme… C et F : …des degrés… C : Ouais. F : Faque je savais rien de d'ça moi, j'ai, j'ai su, je, j'ai su que j'avais déchiré quand elle était en train de m'recoudre pis le, la petite a venait juste de sortir tsé comme. J'imagine que j'étais sous l'adrénaline, ben c'est vrai j'ai eu l'épidurale aussi… C : Ok. F : … faque peut-être que je sentais moins là, mais. Y reste que c'est ça, j'ai, j'ai fait venir mon dossier pour euh comprendre tsé qu'est-ce qui… comme, exactement ce qui s'était passé en… euh… pis là j'ai su que c'était, y'appellent ça déchirure péri-urétrale. C : Ouais. F : Mais là j'ai comme lu là-dessus, j'ai pas trouvé grand chose là, mais en tout cas. J'ai lu que c'était comme les lèvres, parce que tsé y'en a que c'est du vagin à l'anus. C : Mmm mmm. F : Ben moi c'était pas ça, mais en tout cas. Faque je pense que ça ça a vraiment pas aidé non plus à… tsé c'était quand même, ça cicatrisait… --- F : Pis ça ça a pas vraiment rapport avec la sexualité là, mais j'aurais aimé que elle me le dise là quand qu'était en train de me recoudre là ! (rires de C) Moi j'y ai dem, parce que elle me l'a dit, mais c'est parce que j'y ai demandé. C : Ok. F : Parce que je la voyais jouer dans ce coin-là, mais je savais pas trop, tsé… J'sais pas, a ramasse le placenta, moi je sais pas là qu'est-ce qui se passe là. Mais euh… en tout cas, c'est ça, même ça je l'ai même pas su, fallu, y'a fallu que je fasse venir mon dossier et… parce que moi j'étais

			suivie en maison de naissance. C : Mmm mmm. F : Mais j'avais dit à la sage-femme, hum, si j'ai trop mal, ben j'aimerais ça accoucher à l'hôpital pis demander l'épidurale. C : Ok. F : Ça, y peuvent faire ça. Faque c'est ça la… faque ça a été la personne qui m'a accouché, c'est pas la sage-femme, vu que j'ai eu l'épidurale, c'est la… la gynécologue de, de garde. C : Mmm mmm. F : Faque j'la connaissais pas tsé, j'ai pas eu de suivi après avec pour y demander comme à quel degré c'était, c'était, pis c'était comment tsé. Ça en tout cas, j'ai trouvé ça vraiment plate, parce que ça m'aurait peut-être… Moi, j'me, moi j'ai demandé mon dossier peut-être à 5-6- mois, mais tsé pendant tout ce temps-là, j'me disais « c'est peut-être quelque chose qui a pas cicatrisé » pis c'est quoi qui a fendu, j'veux dire. C : Y'avait beaucoup de questions, pis t'avais pas de réponse. F : Ouais, c'est ça.
		• Accouchement difficile : 2 semaines de retard, induction qui n'a pas fonctionné et fini en césarienne	F : … l'accouchement n'avait pas été facile pour moi. C : Ok. F : Donc ça avait vraiment duré et puis elle est née presque 2 semaines après la date prévue donc. C : Donc elle est arrivée en retard. F : Oui. C : Ok. F : Elle a vraiment pris son temps. C : Est-ce qu'ils ont essayé de t'induire ou hum… F : Oui, ils ont fait ça, ça n'a pas marché, et après j'ai fini par une césarienne.

			C : Oh ! Ok, donc ça change le portrait de l'accouchement. F : Oui oui. C : Ok.
1.2. Accouchement *(SUITE)*	1.2.1. Variabilité des vécus 1.2.1.2. Suivis et lieux d'accouchement divers	- Suivi au Québec et accouchement en Ontario	F : Euh non, parce que moi, mes suivis sont au Québec.
		- Suivi moitié au Québec et moitié en Ontario, et accouchement à Montfort	C : Ok. Parfait. Hum… Est-ce que la langue a été un obstacle ? Là je sais que vous avez eu une partie du suivi au Québec, une partie en Ontario… F : Ben… je sais pas… J'peux… Je suis arrivée ici à 24 semaines. H : Mmm mmm. C : Mmm mmm. En plein milieu. F : Ouais c'est vraiment, c'est vraiment en plein milieu. Euh… Ben… Non, notre médecin de famille est francophone. Donc ça c'est… C : Ok. F : Euh… Ça a toujours été… Pis le médecin accoucheur était francophone. Pis comme j'ai accouché à Montfort… H : T'as accouché à Montfort… F : On a eu le, du staff, euh… francophone… H : Mmm mmm. C : Ok.
		- Suivie par médecin de famille à Hawkesbury ; a accouché avec OBGYN de garde à Montfort qu'elle avait rencontré un fois	C : Est-ce que les, le professionnel…t'étais suivie par un OBGYN ? F : Médecin de famille. Non. C : Médecin de famille ? F : Médecin de famille. C : Ok. F : Euh, jusqu'à… ben le dernier trimestre, vu que j'accouchais à Montfort, pis mon médecin de famille est à

			Hawkesbury. Faque là finalement ça a été les médecins à Montfort. C : Ok. F : Mais à Montfort tsé tu changes de médecin à chaque fois, tsé tu sais pas qui tu vas rencontrer ! Faque je les ai rencontrés toute la gang ! (rires de C) Pis ça a fait que la personne qui m'a accouché, ben je l'avais rencontré une fois ! (rires) C : Au moins !
		- Suivie en maison de naissance par sage-femme, mais comme a demandé péridurale, a accouché avec gynéco de garde inconnu qui n'a pas fait de suivi avec elle	F : …suivie en maison de naissance. C : Mmm mmm. F : Mais j'avais dit à la sage-femme, hum, si j'ai trop mal, ben j'aimerais ça accoucher à l'hôpital pis demander l'épidurale. C : Ok.
		- Suivie par gynéco-obstétricien à Riverside et accouchement à Civic avec médecin anglophone vu précédemment une fois, car bébé en retard	F : Ça, y peuvent faire ça. Faque c'est ça la… faque ça a été la personne qui m'a accouché, c'est pas la sage-femme, vu que j'ai eu l'épidurale, c'est la… la gynécologue de, de garde. C : Mmm mmm. F : Faque j'la connaissais pas tsé, j'ai pas eu de suivi après avec pour y demander comme à quel degré c'était, c'était, pis c'était comment tsé… C : Vous avez été suivi par un gynéco, j'imagine ? H : Oui. C : Ouais, gynéco-obstétricien. F : Oui, oui. C : Ok. À Montfort ? F : Euh…

			H : Non… C : Vous étiez à… H : Elle est rattachée à… C : Général ? H : Riverside. C : Riverside. F : Marie! (rires de C) C : Ok. Riverside, parfait. --- C : Vous avez dit que vous avez été suivi à Riverside… --- C : Et puis pour l'accouchement en tant que tel, vous avez accouché à Riverside aussi ? H : Oui. Ben l'accouchement c'était euh… F : C'était… l'autre là, c'est à Riverside ? Civic ? H : Sur le campus… C : Au Civic, ouais, ok. H : Ben ce qui est sur Carling. C : Ouais, ben les accouchements vont là, ouais. F : Le médecin qui, c'est le doc, le méd, mon médecin qui devait là C : Ok. F : Comme elle est pas née à la date prévue, elle était pas programmée ce jour, donc y'a un autre médecin qui devait être là. C : Ok. F : Et elle n'est pas née aussi ce jour, donc. (rires) C : Évidemment ! (rires de C et F) F : Et finalement j'ai terminé avec un autre médecin que je connaissais pas. C : Ok. H : Non, en fait, en réalité… F : Docteur… H : Non, c'est différent. La… celle qui était là, donc qui

			remplace, qui était de garde ce jour-là… C : Mmm mmm. H : … on l'avait vu une fois, la dernière ou l'avant-dernière consultation avec le, le docteur, donc, après quelques jours de retard, je pense. C : Ok. H : Et euh, donc elle était de garde ce jour-là, mais c'est une anglophone. C : Ok. --- C : Donc euh, pis, par curiosité, pourquoi vous avez pas accouché à Montfort ? F : (rires) Parce que l'autre médecin m'avait le, m'avait déjà dit que j'allais à l'hôpital Civic. C : Ah, ok. Déjà assignée à un hôpital. F : Oui. C : That's it. Ok.
1.2. Accouchement *(SUITE)*	1.2.2. Situation culturelle particulière 1.2.2.1. Excision de la F	- Professionnels ont dit que peut créer complications à accouchement, sans précision	H : Parce que même comme, hum, ma femme a été euh excisée. C : Ok. H : Même quand qu'on a parlé en tant que tel de ça, c'était, les réponses étaient surtout axeés sur le fait que ça pourrait euh faire peut-être des petites complications et mener à une situation où il faudrait en fait faire une, une ouverture. C : Mmm mmm. H : Mais au-delà de ça, on n'a pas invoqué de, est-ce que ça va prendre forcément plus de temps pour cicatriser que quelqu'un qui n'aurait pas été excisée, etc. C'est pas vraiment des choses qui ont été plus que ça précisées, donc. --- F : C'était ça, parce que quand ils avaient dit que l'accouchement risquait d'être compliqué… C : Mmm mmm.

			F : … et qu'ils devaient couper peut-être… C : Mmm mmm. F : Donc j'avais demandé la cicatrisation comment ça allait se passer. Est-ce qu'ils allaient essayer de recoudre après…
		- Couple n'est pas à l'aise de poser question sur ce sujet	C : Ok, pis vous étiez pas nécessairement à l'aise de demander non plus. H : Non. C : Ok. Et vous ? Est-ce que vous étiez à l'aise d'en parler ? Puisque personne ne vous en parlé, est-ce que vous… F : Mais moi, si on avait fait le premier pas, j'aurais parlé. C : Ok. F : Je me sentais gênée d'aller et puis de poser la question. C : Ok. F : Ouais.
		- A toujours eu répercussions sur sexualité	C : Donc vous avez parlé un peu d'excision. Hum, donc vous vous avez eu une excision dans votre pays d'origine ? F : Oui. C : Vous venez d'où ? F : Du Burkina. C : Du Burkina. Est-ce que ça l'a aff, est-ce que ça a eu des répercussions en matière de sexualité pendant et après la grossesse ? Est-ce que vous, vous en avez vues ? F : Mmm… Oui, ça a toujours eu des répercussions donc… (rires) C : Donc ça l'a, ça a juste continué à en avoir. F : Oui.
		- Au Canada, sujet « tabou » - professionnels pas documentés et pas à l'aise	C : Faque ça, ça aurait peut-être été intéressant d'aborder cette question-là avec un professionnel au niveau de la sexualité. F : Oui. Mais le problème c'est que j'en ai déjà parlé.

		- interdit dans les lignes directrices de recoudre après	C : Ok. F : Mais y m'ont juste dit « bon », y sont pas trop documentés là-dessus, parce qu'au Canada, ça ne se fait pas. C : Mmm mmm. F : Donc c'était pas trop… C : Y sont pas à l'aise non plus, j'imagine ? F : Voilà. --- H : Y m'ont dit non [essayer de recoudre après ?], parce que c'est pas dans leurs, euh… hum… comment dire… C : C'est pas leurs lignes directrices. F : Voilà. C'est ça. Au Canada, c'est interdit, y connaissent pas, donc, c'était pas leur problème, le reste. C : Ok. F : J'ai dit bon. C : Bon, ok. Donc littéralement juste… (rires de C et F). That's it ! D'accord, parfait.
1.3. Après la grossesse	1.3.1. Comportements et activités sexuelles 1.3.1.1. Période temporaire où il n'y a pas de sexualité	- période où il n'y a pas de sexualité	C : Ok. Donc comment s'est passé la sexualité après l'arrivée de bébé ? F : Ouais… Ben, euh… Évidemment y'a une période où y'en a pas. C : Ok. --- F : Donc après c'était relativement calme. La sexualité, non. C : Non, that's it.
		- rien pendant les lochies	F : Ok. Euh… Ben là, c'est sûr que y'a le premier mois que là t'es, t'es, c'est les, c'est les loch… je sais pas si y'appellent ça lochies ou « lo[k]ies » ? C : Lochies, ouais. F : Lochies, ben là tsé, faque c'est sûr que là y'a rien là !

			Hum…
		- rien pendant 1 mois	F : Tsé, pendant 1 mois c'est sûr qu'il y a absolument rien là. Pis… tsé euh… même… (silence) (rires) Même, j'sais même pas si y'a eu comme rien, quelque chose d'autre pour compenser (rires) tsé, j'sais pas ! C : Ok.
		- rien pendant un bout de temps	H : On, on n'a pas pu pendant un bon bout. F : Ben c'était rare. C : Ok.
		- pratiquement abstinence / temps mort	C : Donc, comment ça a été la sexualité pendant les 6 premiers mois après la grossesse ? Je sais, cette question-là, est… F : (rires) Après la grossesse, c'était pratiquement l'abstinence ! (rires de F et C) C : Ok. F : Après l'accouchement, je veux dire. C'était carrément un temps mort parce que bon, l'accouchement n'avait pas été facile pour moi…
1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.1. Comportements et activités sexuelles 1.3.1.2. Retour variable et graduel de la sexualité	- revenu un peu à 12 mois pp	C : Ok. Et depuis l'arrivée de bébé, comment ça s'est passé la sexualité ? F : C'est certain que c'est revenu un p'tit peu, là, bébé a 12 mois. C'est revenu un p'tit peu…
		- ont recommencé rapidement, mais pas succès au début	F : Après le bébé là… euh… peut-être euh… j'me rappelle pas exactement… H : Ben j'comprends que pour avoir parlé avec certaines personnes, on a recommencé très rapidement. F : Ouais, c'était pas un succès au début par exemple. H : Non, non, mais…

		- retour graduel	F : Donc ouais, mais sinon pour le reste ça a été un retour graduel à partir d'après, après six semaines après la grossesse, pis j'pense que assez vite ça a été un retour à la normal, entre guillemets là. Donc euh…
		- reprise à 3 semaines pp ; long pour H	H :… c'était quand ? J'pense que ça a pris 4 semaines, 6 semaines, 5 semaines là. F : Ça a pris 3 semaines. H : Ah ouais ? F : Ouais. H : Ça avait l'air long ! (rires) --- F : Non faque c'est trois semaines plus tard. H : Ok. F : Mais qu'après ça, peut-être une fois par semaine on va dire… --- C : Et vous ? Premier mois ? H : Ben j'peux confirmer ça. C : Ok.
		- 6 mois	H : Euh, à part ça, après Noël, oui. F : Oui. H : Et puis dans le dernier mois, beaucoup. C : Ok. F : Après 6, comme là c'est pas, je sais que toi c'est 6 mois… C : Oui, mais non, c'est correct, on va jusqu'à là. F : Comme j'te dirais là, ouais, à 6 mois là, depuis ce temps-là, c'est… H : Ouais ! --- F : Mais ça c'est, c'est dans les deux derniers mois, là, faque j'veux dire… après à peu près 6 mois là, c'est ça, où

		- couple se trouve chanceux - n'a pas marché quelques fois ; F heureuse quand ça a marché - reprise « doucement »	est-ce que c'était… Mais à part de d'ça, comme, ça a pas créé, comme le premier 6 mois après, ça a pas créé de tensions ou c'est comme. H : Non. --- H : … Mais r'garde on a un ami qui a déchiré là jusqu'à l'anus. Faque elle j'suis sûre qu'ça quand même encore pas recommencé ça. F : Ah ouais. H : Faque ça pourrait être comme… j'sais pas comment ils le vivent ça là, mais j'peux comprendre que ça peut être complètement différent… F : Oui ! H : …pour une autre personne là ! C : Complètement. H : Comme, complètement, donc, mais, super chanceux, on est… F : Tsé… H : Faque on, on avait essayé, pis ça marchait pas. F : Ouais… Ah ouais ? H : Pendant ben des fois… J'me souviens que t'étais toute contente quand ça a marché. F : Ouais ! (rires) Tsé ça fin, ça finissait par euh… C : Ensuite, comment ça a été ? F : Après, ça a été doucement. Tout doucement… […] F :… mais bon, doucement, la première fois, ça a été, ça a pas fait trop mal. Donc après ça, je me suis dit bon ben, ça veut dire que c'est, peut-être que c'est vraiment guéri. C : Ok. F : Ça a repris, mais doucement. C : Ok.

1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.1. Comportements et activités sexuelles 1.3.1.3. Retour à la sexualité « normale » : varie selon les couples	- jamais revenu comme avant la grossesse	F : C'est jamais revenu comme avant quand qu'on, avant de tomber enceinte, mais quand même, beaucoup plus de fréquences de mon côté, beaucoup plus de libido, beaucoup plus d'envies.
		- retour à la « normal modifié »	F : Donc ouais, mais sinon pour le reste ça a été un retour graduel à partir d'après, après six semaines après la grossesse, pis j'pense que assez vite ça a été un retour à la normal, entre guillemets là. Donc euh… C : Est-ce que c'est normal comme avant la grossesse ou c'est un normal qui est modifié ? F : Euh modifié. H [en même temps] : Je pense que c'est un normal modifié. F : Ouais, vas-y. H : Non, non, non ben, je sais pas sur euh… sur euh…
		- différent	C : Est-ce que c'est éventuellement revenu comme avant votre sexualité de couple ? Quand je parle sexualité-là, je suis très large-là. F : Oui, en général… hum, non. Je dirais que non. C : Non, toi tu, non. Ok. Vous ? H : Euh, non, mais c'est, ben y'a aussi le… […] H : Donc, du coup c'est… un peu différent ! (rires de tous) C : Oui. Ok
		- tout est revenu normal comme avant, avec le temps	H : …mais ça a tout revenu, ça a changé là ! --- F : Pis j'te dirais que, depuis notre, 4 mois, j'dirais qu'après Noël, après qu'elle ait eu 4 mois, là c'est devenu pour moi physiquement plus normal.

			C : Ok. F : Comme la, le, la sensation. C : Ok. F : Comme la pénétration comme telle où est-ce que là c'était comme ok, ça revient comme… ça me donne… c'est du plaisir comme ça le faisait avant. J'trouve que ça avait pris du temps. C : Ok. F : Juste pour ça. --- F : … pis à un moment donné ça va revenir, j'me disais. Pis c'est revenu. (rires de F). J'trouve ça juste pris, j'm'attendais pas, ça, à avoir ça pendant les premiers mois. C : Ok. F : Mais là. Là, c'est revenu comme avant, même, très bien, j'veux dire. H : Oui ! --- F : … mais là, on est quand revenu à la normale là… Ouais, on est quand même revenu comme c'était avant….
		- revenu mieux qu'avant	C : Est-ce que c'est revenu comme avant ? F : Oui ! H : Mieux ! F : Mieux ! C : Mon dieu ! (rires de tous) H : (confusion) Comme mieux, comme dans les premiers temps là de la relation, comme dans la première année, deux ans. F : Ok, pas la fréquence là, ça c'est autre… (rires) H : Non ! Mais… (rires) F : Pas à tous jours là… H : Non. F : …comme au début, mais.

			C : Y'a plus de gratification ? H : Really. Oui. C : Ok. H : Oui. C'est bizarre.
1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.1. Comportements et activités sexuelles 1.3.1.4. Considérations sexuelles liées à l'allaitement	- Allaitement influence la sexualité - Fin de l'allaitement = retour à la sexualité

		la sexualité	disaient ça faisait partie du sacrifice aussi en même temps si tu trouves que c'est important d'allaiter pour euh… d'allaiter ton enfant, ben c'est une des side-effects où c'est que effectivement ça l'a un impact hormonal, libido, etc, faque, y'a un choix un peu là-dans aussi à faire. Faque si t'es d'accord avec l'allaitement ça vient un peu avec une conséquence. Faque c'est comme regarde… C : C'est un package-deal. F et H : Ouais.
		- Inconfort psychologique avec seins : • seins = à bébé	F : Sinon moi, gros changement avec l'allaitement, j'étais assez inconfortable avec mes seins. C : Ok. F : Euh… C : Inconfortable dans quel sens ? F : Euh, ben dans l'sens que là c'était comme les seins étaient à… à, à ma fille là là. C : Ok. F : C'était comme sa source d'aliments. Au début là. J'dirais pas que ça a été toujours comme ça, mais tsé quand t'allaites aux deux heures, pis que t'es très très… très très stimulé.
		• Surstimulation des seins	--- F : Cela dit j'ai allaité jusqu'à huit mois donc euh j'ai… C : Ok. F : Ça a été… J'parlais peut-être plus du début quand j'avais comme pas envie que mon chum touche mes seins pendant cette période-là parce que je sentais, c'était pas euh… c'était pas parce qu'y'étaient extrêmement utilisés, stimulés… [rires] H : Ouais, c'est ça. C : C'était pas un inconfort physique, c'était plus psychologique. F : Ouais, ouais peut-être là.

		• Nouvelle fonction temporaire des seins : nourrir bébé	C : De votre côté ? H : Hum… en fait c'est hum… (rire léger de H) c'est comme si c'était sur euh, sur son corps à elle, mais euh, mais c'est pour euh, c'est pour notre fille. C : Ok. H : Donc c'est pas. Je, je vois pas, ben je, du moins je ne vois plus que qu'ça comme un, un attrait sexuel. C : Ok. Donc ça a une nouvelle fonction. H : Oui, c'est euh… C : De plus ou ça a remplacé temporairement ? H : Ben disons que c'est, ça a plutôt remplacé temporairement ou du moins ça a remplacé. (rire léger) C : Ok. H : Ça a une autre fonction. (rire léger) De nourrir. (rire léger) C : Ok, j'aime ça. Parfait. Ok.
		• F interdit à H de toucher aux mamelons : « weird feeling »	C : Est-ce que tu as allaité ? F : Oui. C : Pendant combien de temps ? H : Elle allaite encore. C : Tu allaites encore ? F : Ben j'allaite encore une fois le matin. C : Ok. F : Puis une fois le soir. H : Une fois ou deux le soir. Quand t'arrives de…travailler. F : Ouais des fois quand j'arrive de travailler pis ça s'adonne. H : Pis moi j'ai encore du lait qu'a a pompé là. C : Ok. F : Ah moi aussi… H : (rires) Si y'en a encore ! Là j'suis rendu au m, fin décembre, début janvier le lait là.

			F : J'ai pompé 30 litres ! J'ai gelé 30 litres de lait ! H : (rires) Y'avait deux paniers à linge sale, ça avait pas de bon sens ! (rires de F) Y'en a encore ! C : Wow ! H : Faque c'est ça, elle est retournée à fin janvier, moi j'y donne du lait trois fois par jour, de maternité… F : Oui. C : Ok. H : … depuis le 25 janvier. F : Oui. H : Faque pour dire qu'on a 30 litres de lait. Mais y'en reste… 8 litres peut-être ? F : Ouais… non même pas… H : On y donne un peu de formule pour diminuer ça… Mais oui elle allaite et est encore allaitée là. C : Et est-ce que tu, t'as vu un lien avec euh, le désir et l'allaitement ? Ou pas du tout ? Pas d'effet sur la sexualité ? F : Ben juste que j'y laisse pas toucher mes mamelons là ! H : Ouais. C : Ok. F : Ça c'est encore comme weird. C : Pourquoi ? F : Parce que vu que j'lai… ben j'sais pas… on dirait que l'feel, comme le feeling de toucher mes mamelons c'est en ce moment bébé. C : C'est à bébé. Les seins, c'est à bébé. F : Ben pas nécessairement, parce que j'y dis tu peux jouer avec mes seins. H : J'ai l'droit d'y toucher. F : Mais… (rires du couple) H : Mais j'peux pas toucher le mamelon ! Sitôt, laisse faire ça ! F : Mais aussitôt qu'y touche le mamelon, j'trouve que ça

			me donne un feeling de… weirdness. C : Ok. F : De comme… Ah, non, j'aime, j'aime pas ça. H : Ah aussitôt comme ta main a fait ça là. (rejet de la main) F : Oui ! J'aime pas ça ! C : Ok. F : Pis quand elle allaite, ça me dérange pas c'est sûr, faque on dirait que comme mon cerveau y veut pas se faire toucher de façon sexuelle probablement. H : Je sais pas. F : Probablement c'est juste ça de même. --- F : Ben disons que ça c'est encore un effet là… H : Ouais. F : … mais… je sais que ça te manque ! H : J'ai hâte ! J'ai essayé hier, avant-hier, mais c'était encore non ! F : Non ! J'aime pas ça en ce moment ! Ça va probablement revenir une fois qu'elle l'allaitera pu là. H : Ben, j'vas te dire, j'espère ! (rires de F) Ça devrait, j'pense… C : Cette séparation-là a se fait beaucoup chez les femmes. F : Ah ça doit, hein ! C : C'est, c'est… habituellement c'est même les seins au complet. F : Au complet ! H : Ah ok. C : C'est les seins sont à bébé, j'allaite… F : Oui oui oui. C : …tu les reprendras après. F : Ben c'est ça ! C'est quoi, je… ah, elle a vomi… Tsé Julie a disait 1 an et demie, parce que moi, on a une amie qui... a trois enfants, en tout cas. Pis, elle son plus vieux a

			comme 1 an et demie, son plus jeune a un an et demie, pis elle l'allaitait encore jusqu'à tout récemment. Faqu'à un moment donné on parlait de seins, pis a t'as dit « ah pour un 1 an et demi, y sont pas à toi ». H : Ouais ! C : Ok. F : Là y'était comme ouais ? (rires du couple) C : Petite panique ! H : Ben oui mais elle en a trois pis elle est tout le temps enceinte pis elle est tout le temps en train d'allaiter, ça fait au moins 5 ans là ! F : Oui, oui, oui ! H : Faque pauvre mari ! Pauvre Jacques! (rires de F et H). Y sont pognés depuis 5 ans ! C : Ok. H : Ouais.
		• instinct animal bizarre quand H embrasse bébé pendant que F allaite couchée : H rentre dans bulle d'intimité de F et bébé	F : Même que au début là, c'est bizarre là le sentiment, je, ça j'y ai jamais dit, mais c'est pas une grosse révélation là ! Mais hum, dans les débuts débuts là, comme, mettons le première, premier mois, premier 2-3 semaines je sais pas euh, mais j'passais quasiment mes journées à l'allaiter là. J'veux dire, c'était, j'étais couchée. Moi j'allaitais couchée là, so… C : Ok. F : Hum… la plupart du temps… En tout cas, la nuit, c'est sûr je me levais pas là. Moi je, je faisais juste me couch, tsé me tourner de bord. Pis des fois y venait pour y donner des becs dans le cou là, pis en dedans de moi là, y'avait comme un genre d'instinct animal, c'était vraiment bizarre. C'était comme… j'aimais pas ça ! C : Ok. F : C'est vraiment bizarre. Je me sentais comme weird. Pis pourtant j'ai pas eu c'te feeling-là, comme mettons que tsé

			y'en a qui disent « ah j'aime pas ça quand mon enfant se fait prendre par d'autres ». Non, moi c'était pas ça, c'était comme « go » parce qu'enfin j'ai les mains libres pis j'ai, j'peux faire quelque chose là ! (rires de C) Mais pendant qu'y faisait ça c'était comme… j'sais pas, on dirait que ça rentrait dans ma bulle d'intimité avec l'enfant, je sais pas… C : Ok. F : Je sais pas comment je l'explique, mais on dirait que… ah, j'étais pas ben… Mais c'était weird là ! Parce qu'en même temps, y'avait une partie de moi qui était contente parce que je sais à quel point il l'aime pis… Tsé ça me le démontrait pis ça me touchait pis ça venait me chercher d'autres choses faque c… J'étais juste content, contente ! J'aimais mieux qu'il le fasse que il le fasse pas, mais en même temps, on dirait que c'était comme weird le sentiment, je, je l'explique pas encore asteure vraiment là. C : Toi, est-ce que tu l'as déjà ressenti ce, ce… ou c'est vraiment… H : C'est quand toi t'avais la petite, pis moi j'donnais des becs dans le cou de la petite ? F : Ouais. Pis j'allaitais quand était vraiment bébé bébé. Ça a pas duré longtemps, mais c'était weird. H : Moi euh… F : Passé inaperçu ? H : Non, c'est pas un feeling que j'ai senti. F : Ben non justement, parce que moi j, je veux qu'y continue moi, mais c'est juste en dedans, c'était comme… Pis c'était pas de la jalousie, une affaire malsain là que, a prend la place, tsé c'est pas ça là. Ça je le sais, j'suis comme… Mais, je sais pas, y'avait… un instinct animal on dirait, c'était comme… C : Mmm mmm. F : J'sais pas ! Je sais pas. C : Ok.

			F : Je l'explique pas vraiment. C : Y'a beaucoup de choses qui s'expliquent pas. F : Ouais. Faudrait que j'analyse plus en profondeur la chose là, mais pour tout de suite, je sais pas… C : Ok. F : Mais j'veux pas, j'aurais pas voulu que ça arrête pis j'veux pas que ce soit, que ça arrête pour l'autre non plus là. Le message est… C : Le message est passé ! F : Ouais. C : Ok
		- Douleurs aux seins	F : Le sein euh assez douloureux. Les mamelons douloureux au début. --- F : Mais c'était aussi euh ben à un moment donné y'avait des douleurs…
		- Réflexe d'éjection ○ Crainte	F : y'avait tsé du lait… y'avait des, des euh… tsé comme toutes sortes de situations. H : Ben tu craignais un peu ça aussi le lait. F : Le lait, ouais, j'craignais un peu le lait. Mais sinon ce serait la seule… C : Tu craignais le lait dans quel contexte ? F : J'avais peur que que que… d'avoir euh, pendant la relation sexuelle… le… euh… C : Réflexe d'éjection. F et H : Ouais. F : C'est le bon terme ! [rires] J'sais même pas… Manque de vocabulaire ! [rires des 2] Manque un peu de vocabulaire ici !
		○ Trouve ça drôle	H : Peut-être que t'as peur que y'ait du lait qui me pisse dans la face, je sais pas…

			F : Ah non, non, non. H : Non ? F : Non non. Ah non ! (rires) C : Les éjections de lait pendant les relations… F : Non ! C : Non, même pas ? F : Une fois ! H : Euh, une ou deux là ! Oui ! (rires) F : Une fois. Mais ça c'était au, ben au début quand ça coulait… H : Ouais mais c'était get over it… F : Tsé quand des fois encore… ah oui oui… H : Oui. (rires de F) C : Est-ce que ça vous troublé, ça ? F : Non. H : C'était drôle ! C : Trouvé ça drôle ? H : Oui, oui. F : Oh oui, j'étais sur toi ! J't'étais débout, j'étais…(rires du couple) H : Ça a commencé à couler ! F : Oui, oui, oui ! J'étais sur toi pis j'étais comme qu'est-c'est ça ? (rires de F) Faque j'ai remis la brassière. J'm'en souviens ça. C : Ok. F : J'pense que c'est arrivé une couple de fois.
		- Impact des hormones de l'allaitement sur l'humeur	F : Mais les hormones aussi un peu. C : Pendant l'allaitement ? F : Pendant l'allaitement, ouais ouais. Moi j'ai senti… pendant la grossesse tsé on sent un peu, j'ai senti les hormones, mais vraiment là pendant l'allaitement là, c'était assez, j'ai vraiment senti beaucoup. Tsé j'me sentais un peu SPM euh… sans arrêt ! [rires]

			C : Ok F : Pendant l'allaitement, c'est quand même euh… Ben je sais pas, y'en a qui le sentent moins, mais moi j'ai eu vraiment des hauts et des bas. H : T'as toujours été assez sensible à ça. F : Ouais je sais je suis sensible à ça en général, mais je le sentais… C : Ça joue beaucoup… F : Ouais sur le caractère. Sur l'humeur. Sur euh… Mais tsé, j'veux dire… J'pense pas plus que quelqu'un d'autre, mais j'en étais consciente. C : Ok. Parfait.
		- Pas d'effet sur la lubrification ; ont utilisé un peu plus de lubrifiant au début , mais pas problématique	C : Est-ce que t'as vu une, un changement dans la lubrification ? Pendant l'allaitement ? H : Ah c'était dans le sondage. C : Oui. C'est pour ça que j'y reviens. (rires) H : J'sais pas ce que t'as répondu. F : Ben là… j'm'en rappelle pu ! Hum… Ben… H : Moi j'dirais oui. C : Ok. F : Mais ça a tu rapport avec l'allaitement ? H : Ah là… F : Ou c'est juste la périnatalité, c'est juste… H : Ah non, moi j'étais avant, non non… F : Ah ! H : … c'était pendant la grossesse. Après… non j'ai pas vu... --- F : Mais après… J'pourrais pas te dire… […] F : … si y'a un lien, je sais pas si y'a un lien… H : Ah, c'est bizarre parce que c'est, c'est compliqué, parce que là c'est avec, tout de suite avec condom, faque… I

			don’t know ! (rires) C’est pas que j’ai pu de sensation, mais c’est pas la même chose, donc y’a déjà un peu de lubrifiant, whatever, c’est… F : Ouais. C : Ok. F : Mais nous autres on a jamais eu, comme a toujours du lubrifiant, comme on a presque toujours eu du lubrifiant, comme, depuis qu’on est ensemble, on en utilise faque… H : Au besoin. F : Au besoin, comme… Faque c’est pas comme quelque chose que c’était comme ah !... C : Y faut qu’on aille en acheter. F : Y faut qu’on aille en acheter. C : Ok. H : Non. F : Y’en a toujours dans le tiroir faque… C : Ok. F : Si y’aurait eu du changement, si on en a utilisé plus souvent ? Non, j’dirais, j’pense pas qu’on a utilisé, comme plus souvent ou… Au début oui, là j’pense que oui… H : Au début oui. F : … comme les premières deux, deux-trois mois là, pis peut-être c’est parce que évidemment, y’a moins de désir comme sexuel… H : Oui ! F : … comme tel de ma part… H : Tout ça là ! F : (???) pour ça là, mais c’est comme pas flagrant que j’me rappelle que c’était… un gros problème. C : Ok. Parfait. Ok, faque… F : Mais si c’était un problème, on a sorti la bouteille pis… C : Pis ça a réglé. F : Ça, ça aurait pas paru. C : Ok.

		- Manque de lubrification durant l'allaitement • Théorie de F sur allaitement et lubrification : comme allaite moins, liquide a lubrifié dedans, donc moins de sécheresse vaginale et de douleur	F : Parce qu'on l'utilisait avant… Pendant la grossesse… après… C : T'as allaité combien de temps ? F : Ben j'allaite encore. C : T'allaites encore, ok. F : Mais euh, jusqu'à peu près, j'te dirais jusqu'à peu près 6 mois, c'est, c'est, c'est ça l'élément décl, déclencheur là. Ça c'est toute l'histoire là par rapport à que, le avant pis le après 6 mois, c'est que… […] F : Faque là j'ai dit bon, là à partir de 4 mois et demie, je l'ai couchée dans sa chambre, ça l'a pris à peu près un mois où est-ce que là tsé y'avait de l'ajustement là, elle se réveillait beaucoup, pis tsé c'était, elle avait pas de routine là comme. A dormait plus la nuit, mais tsé ça c'était jamais euh vraiment pareil pendant à peu près un mois, pis vu que a dormait plus longtemps quand même dans sa chambre, plus que 3-4 heures comparativement à avant, j'allaitais moins. C : Ok. F : Faque ma théorie là-dessus, c'est que… C : Ouh, une théorie ! F : … parce que j'ai pas lu, j'ai pas, y'a pas rien qui me l'a comme confirmé, mais moi ce que je pense, c'est que vu que j'allaitais moins, tout le liquide que je, qu'autrefois je lui donnais… C : Mmm mmm. F : … tsé, le lait, ben j'ai l'impression que en-dedans, ça a comme plus lubrifié, ça, ça, c'est comme si ça… ça je sais pas si c'est un mythe, c'est juste une hypothèse là, mais j'ai vraiment eu l'impression que… tsé pis c'est peut-être le fait que je dormais plus aussi qui faisait que j'avais plus de lub, de lubrification. Mais en ayant plus de lubrification, mais

			ça c'est vrai là, ça, ça je l'ai observé quand même, hum, ça me faisait moins mal. C : Ok. F : Parce que c'est comme si c'était, c'était sec comme du papier sablé, pis après ça, woop, c'était un ti peu plus comme… faque, pis c'était moins serré aussi. C'est comme si tout était plus hydraté en dedans, je sais pas trop là, c'est l'image que j'ai là. C : Y'a un lien direct entre l'allaitement et la lubrification. F : Ah ok ! C : Ça c'est, c'est prouvé. F : Ok. Ben, tsé de là à dire mettons ok ben ça va faire moins mal si t'as plus de lubrification, ça je, je, je le sais là, je, je, je le comprends, mais j'sais pas, on dirait que même la sensation physique en dedans de moi, même quand j'étais pas excitée, même quand j'avais pas de lubrification, je, c'était pas pareil. C : Ok. F : C'est ça. C'est comme si une muqueuse était hydratée en tout temps comparativement à avant où est-ce que… Tsé faque, ça ça a fait comme… là, là ça a revenu à la normale là, quand que j'ai diminué l'allaitement. Pis là c'est sûr que j'allaite pas autant que je l'allaitais à 6 mois, je l'allaite juste 2 fois par jour vu que je travaille. Mais, c'est ça, c'est, de 6 mois à 1 an, ça a comme tout le temps un petit peu diminué graduellement, pis là à 9 mois, a buvait du lait euh de vache là. C : Ok. F : Donc ça ça a encore plus aidé, parce que j'allaitais encore moins. Ouais. C : Parfait. Toi, comment t'as vécu ça ? Tout ça ! (rires) Parce que t'es, t'es là, t'es, tu la soutiens. H : (silence) Euh ouais. Hum… Ben là je sais pas trop quoi t'dire là. (rires de F)

			C : C'est le moment de te confier. (rires de F et C) H : C'est le moment de me confier. F : Là y va me dire, j'ai commis l'adultère, j'ai… Ah c'est pas vrai ! (rires de F) H : Non, mais hum… (silence) Ben par rapport à ce qu'elle a dit, je l'sais pas là.
		- Impact négatif de l'allaitement sur les seins : deuil à faire pour F	C : Est-ce que, est-ce que tu allaites ? Est-ce que tu as allaité ? Ça c'est après là, mais… (rires) F : Oui, j'ai allaité et j'allaite toujours, j'vais bientôt arrêter ! (rires) --- C : Hum, je reviens sur un petit élément : l'allaitement. (rires de F et C) Hum… F : Oui, j'ai toujours allaité. C : T'as toujours allaité, ok. F : Oui. Et j'allaite toujours. C : Ok. Est-ce que t'as vu un impact quelconque sur ta sexualité ou… sur votre relation ? F : Oui. C : Oui ? F : Mmm mmm. C : Comme quoi ? F : Bon, avant ça allait, j'avais pas de problème avec mes seins, mais maintenant hum oui… C : Oui ? (hôchement de tête de oui de F) F : Mmm mmm. C : Ok. F : (rires de F) (silence) Je me sens pas très à l'aise avec… C : Non ? Pourquoi ? F : Non… Je trouve que ça a changé. Quand j'étais enceinte, je, j'étais contente. Et j'aimais bien. Mais maintenant que j'allaite et que je suis en train de, d'arrêter pratiquement…

			C : Mmm. F : … je vois que mes deux, mes seins sont relativement retombés, c'est, c'est plus embêtant, mais que, des fois je… disons, un, un tout petit peu en deuil. (rires de C et F) Au niveau physique. C : Ok. Ok.
1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.1. Comportements et activités sexuelles 1.3.1.5. Moyens de contraception utilisés variables	- Condom pour l'instant ; pilule éventuelle	C : … contraception. F : Disons qu'on utilise le condom pour l'instant, ça on sait que… H : Ouais. (en soupirant) F : Éventuellement je vais aller chez le médecin. H : Ah ouais… C : Ça a pas l'air de te plaire ? H : J'ai comme, non mais, j'ai comme oublié… F : C'est comme ça fait partie maintenant de notre vie… H : C'est bizarre là. C : Neuf mois gratuits puis après… H : Oui ! (rires du couple) Mais, non, c'était gratuit, elle était sur la pilule avant, faque c'était… faque ça faisait des années et des années… F : Oui oui. H : Et des années là ! F : Y faut que j'retourne pour avoir une prescription. C : Ok. --- Mais non, si y'a ben quelque chose que je me suis pas informée, c'est… H : Ouais. F : … contraceptif, qu'est-ce qu'on… ben condom, je sais que c'est comme 99%, faque on utilise ça…
		- vasectomie ? réaction négative de	H : Ouais, tu rembarques là-dessus ou c'est moi qui ?... Ben non… Ça c'est une autre discussion.

		l'entourage après 1 seul enfant	F : J'veux y dire ! Si tu préfères une vasectomie, tout le monde va te dire, vous avez, tu le sais ce que tout le monde va dire ! H : Oh god… F : Vous en avez eu juste 1 ! (ronchonne des choses inaudibles) H : Pas besoin de le dire. (rires de C) F : Non, c'est vrai ! (rires du couple)
		- pas de contraceptifs oraux pendant allaitement ; micro-pilule pas pour F	F :… mais tant que t'allaites, je sais pas, en tout cas… C : Pendant l'allaitement… F : …comme tu devrais pas prendre pleins de médicaments pendant que t'allaites, j'ai mis le contraceptif oraux dans la même catégorie que tu devrais pas prendre. C : Ok. Pour ton information, quand on allaite, y'a une pilule qu'on peut prendre, c'est la micro-pilule. F : Bon, faque… C : C'est, c'est les mini-pilules, ça passe pas dans le lait. F : Bon. C : C'est la seule. Ça c'est celle qu'on prend à une heure précise… F : Ohhhh ! H : Ah… C : … tous les jours… H : Ah non, ça c'est pas… C : … et t'as une fenêtre d'une heure pour la prendre. (rires du couple) F : Ben c'est, au trav, ben vu que je travaille, oui là je serais correct, parce que je suis levée comme… C : Y faut vraiment pas en rater une. F : Ouais… H : Ah ouais… iiii, non… (rires de F) C : Peut-être pas pour toi. F : Peut-être pas pour moi dans ce cas-là. Mais ça c'est pas

		- stérilet	de l'information que je suis allée chercher. Ouais. C : Ok. F : …Et parce que je me suis fait installé un stérilet…
1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.1. Comportements et activités sexuelles 1.3.1.6. Le désir sexuel varie en fonction des couples	- 2 premiers mois : modification du désir et du plaisir de la F, mais faisait effort pour pénétration	C : Et depuis l'arrivée de bébé ? Donc on va prendre peut-être les 6 premiers mois ? H : Ok. F : Ok. C : Pis vous pouvez les, les, les diviser en… F : Oui parce que… C : …6 mois c'est grand là… H : Oui c'est euh… F : Parce que les 2 premiers mois c'était pas évi, ben en tout cas, moi j'avais pas de désir. C : Ok. F : Pendant les deux premiers mois. Mais j'voulais pas attendre trop longtemps pour… tsé c'est comme quand quelqu'chose que t'attends plus longtemps, plus longtemps, plus longtemps, me semble que ça devient plus comme une grosse marche, en tout cas faque… C : Ok. H : Ah ouais !? F : On a eu des relations sexuelles, pendant les deux premiers mois, mais je sais que moi ça m'apportait aucun plaisir. H : Ah oui ? (rire léger) F : Ben aucun… H : Fantastique ! F : Pas grand-chose. H : Euh mais non y'a pas eu de… --- F : … mais pour les 2-3 premiers mois, c'était pas pareil pantoute pour moi.

			H : Non. F : Faque on avait des relations sexuelles mais c'était juste genre… c'était juste pénétration, y'avait pas comme… souvent on faisait pas rien d'autre là, tsé comme… H : Yeah. F : Mais j'pense que c'est parce qu'y fallait r'commencer aussi… --- C : Mais y'avait quand même un effort. F : Ben oui oui oui…
		- Diminution du désir et de l'importance de la sexualité chez H dans premiers mois	H : … mais parce que j… j'avais pu le, c'est vraiment bizarre ça aussi, le premier deux mois là. Comme même moi, ça, ça m'tentait pas plus que ça. C : Ok. Donc l'importance de la sexualité était… H : Pfff… Oui c'est comme si moi j'avais des, des, des hormones qui avaient embarqué pour me calmer, des affaires de même, je sais pas trop, pis y'en a qui disent que t'as une baisse de testostérone pendant… C : Mmm mmm. H : Anyway, c'est peut-être ben vrai parce que j'étais comme au neutre là. C : Ok. --- H :… moi… c'était pas plus important que ça pis j'peux pas l'expliquer. Hum… Faque c'est comme si on l'faisait là une fois par semaine, j'dirais ?... parce que ben… F : Ben oui ! H : … c'était, ben oui, on, on se collait, pis on s'aimait, pis c'est peut-être quelque chose qui… F : Ben ça vient naturellement, I guess là ! H : C'est naturel, mais c'était pas hum, comme, c'était pas pareil comme avant là. Le désir était pas là comme avant. C : Ok.

			F : Pis c'que ça donnait là, tsé j'veux dire comme la… le lien pendant était diff… y'était juste pas, pas là encore, y'était juste comme…
		- Difficulté à coordonner les 2 désirs	H : Me semble que y'a un moment que moi je voulais plus, y'a d'autres moments que toi tu voulais plus. Hein ? F : Après ? H : Ouais. F : Ouais. Me semble que oui… Ouais c'est ça, c'était difficile des fois de se coordonner. H : Oui. F : Tsé, ça adonnait pas tout le temps super là. C : Ok.
		- Avant grossesse, F avait plus de goût que l'H ; puis, H a eu plus de goût que F → F est heureuse du changement	H : Mais y me semble qu'y'a des moments que, parce que d'habitude là, en général, c'est plus, c'est comme, en général, c'est plus elle un petit peu qui, qui… F : (rires) Aie, c'est vrai ça ! Ça c'est… H : … que le goût y vient avant l'm, avant moi comme… C : Ok. H : … en général. Mais là y'a un moment là que c'était vraiment le contraire. C : En, en, après la grossesse là. H : Ouais, c'était après la grossesse là ? F : Ouais c'est vrai ça qu'est-ce tu disais… H : Elle était comme vraiment euh… c'est ça, c'était comme le monde à l'envers là. C : Ok. F : Ouais, ça c'est, ça c'est, c'est majeur… H : Mais quand exactement, je sais pas là. Mais je me souviens que ça a duré un p'ti bout-là. C : Donc t'initiais plus. H : Ouais, pis elle elle avait moins le goût là, moi j'avais plus le goût.

			C : Ok. F : Mais m… C : C'était nouveau là, pour toi un peu cette situation-là. H : Ouais. C : Ok. F : Mais c'est vrai, j'me rappelais pas de d'ça. […] C : D'autres choses ? F : Ben moi peut-être que j'l'aurais fait moins souvent que lui même encore. C : Ok. F : Mais là vu que ça venait de lui, j'pouvais pas tout le temps y dire non, pis en même temps, je l'aime. Tsé, j'ai, j'ai quand même du fun à faire ça, mais aussi, c'est exigeant là, comme ! (rires) C'est vraiment là, ça demande comme… comparativement à, c'est vrai comme, ça me fait penser, moi, je… j'ai tout le temps eu l'impression que j'avais plus une haute libido que lui tsé. C : Ok. F : Pis longtemps dans notre relation, c'est, je me suis sentie comme, c'est moi qui faut qui initie, tsé, j'ai… pis souvent je me faisais dire non, faque à un moment donné, parce que ça fait 7 ans qu'on est ensemble. C : Ok. F : Faque à un moment donné, j'ai fait comme, awff, j'me décourageais, pis j'avais comme moins d'initiative, pis j'me disais r'garde, c'est, c'est, c'est pas catastrophique dans le sens où on est pas rendu à une fois par euh, trois mois là, comme certains, mais j'veux dire… Faque y'a eu, j'ai, j'ai comme eu c'te réflexe là, de, de le laisser plus aller tsé, pis tout ça. Pis là, quand je tombe enceinte, c'est vrai que… Ouais, ben là c'est ton tour. C : Ok. F : Tsé parce que moi, je, c'était pas une affaire de

			vengeance là, c'est pas ça, mais c'est juste parce que je le ressentais beaucoup moins aussi là. Faque si lui y'a vraiment le goût, ben r'garde, moi j, vas-y, vas-y, là, comme. Sens toi ben libre de le faire ou de pas le faire. Mais moi je ressentais comme pu de… de, de, de pulsion, de… c'était comme mort pas mal là, faque… C'était comme, bon, ça te tente, fais-le, mais moi, j'sais pas si j'irais vers toi. Faque le message il l'a compris, pis c'était plus lui qui faisait les avances, pis moi j'me sentais comme, bon ben enfin tsé… J'me sentais comme, ça me faisait du bien. C : Ok. Faque les rôles étaient un peu inversés. F : Ouais. Pis c'était ben correct, j'étais ben contente. Parce que ça me prouvait que ah, ben ! Même s'il me l'a prouvé quand même avant là, mais j'me, ça m'a, ça m'a comme fait me sentir bien. C : Ok. F : Ouais. C : Parfait.
1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.2. Facteurs affectant la sexualité 1.3.2.1. Facteurs physiologiques affectant la sexualité et son retour	- Fatigue	F : … y'a la fatigue… --- H : Ben évidemment c'est toujours difficile au début, euh, les premiers mois parce qu'on tous super fatigués… --- C :… fatigue physique j'imagine… F : Mmm mmm. C : … qui est rentrée par-dessus ça aussi. F : Oui. C : Parfait. --- F :… La fatigue… --- F : … y'a la fatigue de l'accouchement…

		- Douleurs	F : Parce que j'avais beaucoup de douleurs… --- H : Euh… Les, les douleurs, on a été, on a été progressif parce que, parce qu'évidemment c'est, c'est, c'est inconfortable, c'est tout ça… --- F : …mais après, c'était comme… ouf ! C : Plus de douleurs ou vraiment plus ? F : Oui, oui, oui, non, vraiment plus. C : Ok. F : Ouais. --- F : … c'est comme, vraiment moi je découpe ça là en 2. C : Ok. F : Y'a le avant 5-6 mois, pis y'a le après. C : Ok. F : Pis le avant 5-6 mois, c'était vraiment l'enfer, comme sur 10 là, j'mettrais ça à… 100, tsé. Non mais c'était vraiment, vraiment très douloureux, pis ça y le sait là, c'est pas euh… Ça prenait vraiment du temps.
		○ Tendon étiré	F : Mais hum… Le, le, le… Cela dit, le tendon m'a fait mal un bout de temps. Ça ça a été, ça a été euh un peu douloureux. Pis c'est vraiment pendant l'accouchement que ça a étiré, évidemment ! [rires] Y faut que ça passe ! [rires] C : Ok. F : Donc peut-être qu'y avait ça au début en tout cas là, pour le début.
		○ Cicatrice de césarienne	F : … et au début, j'avais toujours un peu mal à la cicatrice…

		○ Déchirure péri-urétrale - Type d'accouchement ; autre accouchement = autre adaptation	F : Pis j'ai dit, je le sais que, parce que j'avais lu là-dessus, que après l'accouchement, surtout si t'as eu, tsé moi j'ai, j'ai déchiré. […] F… déchirure péri-urétrale. […] F : … Faque je pense que ça ça a vraiment pas aidé non plus à… tsé c'était quand même, ça cicatrisait… --- F : Naturellement c'est normal d'avoir de la douleur, ça je m'y attendais, mais c'est la, c'est ce que, c'est, c'est la durée. Tsé disons que 2-3 mois, j'aurais trouvé ça normal, mais là, 4, 5, 6, wo ! Aïe, ça finit pu là ! F : J'ai eu un accouchement vaginal naturel là. C : Ok. Sans intervention ? F : Sans aucune intervention. Sans déchirement, rien là. Donc. C : Ok. F : C'est peut-être ce qui a facilité le retour aussi quand même relativement euh… rapide là. --- F : Ben j'suis chanceuse aussi, moi j'ai pas déchiré. H : C'est ça là… --- F : Pis y'a tu un lien entre… tsé comment l'accouchement s'est déroulé… --- C : Donc euh, moi j'ai fait le tour. Est-ce que vous d'autres choses à partager sur votre expérience, sur vos besoins, sur les services, sur… ce qui serait intéressant d'avoir ou peu importe, ou… F : C'qui serait intéressant d'avoir… J'me demande si j'avais eu une autre type d'accouchement, comment la

			situation serait pis si j… j'aurais tu d'autres besoins… C'est comme, Annie qui a déchiré de partout pis… H : Ah sûrement ! F : Elle elle doit avoir d'autres besoins ! H : Sûrement ! Mais on peut pas en parler ! F : A doit avoir besoin de beaucoup plus d'informations, elle, par rapport à sa vie sexuelle, vu que, c'est tout magané là… H : Mmm mmm. C : C'est une autre adaptation à faire. F : C'est une autre adaptation tsé faque... H : Ouais ouais. Mais le corps, y se rétablit là, mais le montant de temps, pis le psychologique aussi là-dedans, c'est pas évident. F : Oui, hein ? Ou… C'est vrai ça… C : Ok. --- C : Donc, comment ça a été la sexualité pendant les 6 premiers mois après la grossesse ? Je sais, cette question-là, est… F : (rires) Après la grossesse, c'était pratiquement l'abstinence ! (rires de F et C) C : Ok. F : Après l'accouchement, je veux dire. C'était carrément un temps mort parce que bon, l'accouchement n'avait pas été facile pour moi…
		- Manque de sommeil	F : …mais tsé, quand tu dors pas pis… --- F : Ah ok, là le premier mois c'est ça, là après ça, ben là, t'as le fait que tu dors non… tu dors pas comme, moi, elle, elle a fait ses nuits disons euh… vers 5 mois. Faque tsé, tout, y'a comme… C : Ok.

			--- F : Mais hum, le fait aussi qu'a fasse pas ses nuits, imagine, c'est pas facile là. Disons qu'est, trop, si a se rév, mettons là si a dormait pendant 3 heures, comme j'étais chanceuse, pendant 4 heures, c'était un exploit. C : Ok. F : Faque là là-dedans y faut que tu dormes. --- F : Et en plus, je dormais pas au début avec elle. Elle dormait surtout la journée, mais la nuit, elle était éveillée. C : Ok. F : Et donc, les premiers mois, c'était vraiment pas facile. C : D'accord. Donc, manque de sommeil. --- F : On dort pratiquement pas…
		- Sensations intérieures différentes	C : Faque, phys, c'est, c'est quoi en particulier physiquement ? F : Physiquement… Ben c'est la, c'est la, c'est la sensation ouais à l'intérieur là qui était comme différente. H : Mmm mmm. F : Ça faisait pas mal. C : Ok. F : C'était juste, j'trouve qu'ça m'apportait pas de plaisir. C : Ok. Ok. Donc c'était pas plus intéressant que ça. H : Mouais… F : C'était pas plus intéressant que ça. Mais…
		- Sensations physiques différentes	F : Faque en dedans, tsé, tu sens pas ça pareil faque vu que tu le sais, c'est, c'est moins intense que après l'accouchement où est-ce que là c'est, c'est quasiment traumatisant… F : … c'est les, c'est les loch… je sais pas si y'appellent ça

		- Lochies/saignements

		- Retour des règles aide à libido	F : … ben j'ai eu deux cycles, pis j'suis tombée enceinte. C : Ok. F : Faque mettons ça fait dep, 9 mois à peu près. Ça aussi ça l'a aidé à la libido ça. C : Ok. […] F : Mais c'est ça, j'pense que le fait que, c'est ça, elle a eu ses périodes à 3 mois, mais c'est parce que sa petite a faisait ses nuits faque, ça ça l'a un impact là, le, le fait que… C : Ok. F : Hum… Faque peut-être qu'elle aurait, elle a eu moins mal que moi parce que moi ça a pris comme 9 ou 10 mois avant que je les aies, pis elle elle les a eu tôt. Faque j'pense que ça ça peut jouer aussi. C : Mmm mmm. Ok. --- F : Moi j'ai pas hum… Tsé c'est avec le recul que j'ai fait plein d'associations euh… avec tu vois, là, je viens de m'rappeler qu'avec le retour des règles, ça ça l'a aidé.
1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.2. Facteurs affectant la sexualité 1.3.2.2. Facteurs psychologiques affectant la sexualité et son retour	- Monopolisation physique et psychologique de la F par bébé	F : Quand bébé est arrivé, le premier six mois, là, j'pense que c'est pas mal pareil que comme pendant la grossesse parce que on dirait que je me sentais un peu monopolisée de partout là. Bébé qui demande des soins, que j'allaite donc là, quand y'avait du temps libre, c'était plus pour moi. C : Pour toi. F : ouais. C : Ok. --- F : Parce que des fois la nuit, quand j'arrivais à avoir un peu de temps à moi, c'est vrai, je reconnais, lui carrément un moment j'l'avais, dans ma tête, c'était juste elle. C : Ok.

			F : Parce qu'elle était toute petite, je me disais, il est quand même grand, il peut se débrouiller, mais elle, elle a tout le temps besoin de moi. C'est, au début j'avais vraiment peur de la laisser un bout de temps, donc j'étais pratiquement tout le temps avec elle. C : Ok. F : Donc le sexe c'était… carrément… c'était pas un élément au programme pendant un bout de temps. C : Ok.
		- Priorisation des autres besoins, dont bébé	H : Tsé on avait des besoins peut-être, tsé dormir, se nourrir, s'occuper de Bébé et tout ça. Mais euh…
		- Apprentissage des soins pour bébé	H. J'pense qu'on a viré aussi, on était plus axé sur la tâche, surtout de mon côté à moi, tsé, bébé, nous, tout ça, ok, qu'est-ce que je fais là. Tsé. Beaucoup aider envers les soins du bébé pis apprendre ça. Bébé est arrivé en janvier et je tombais en vacances en juin, faque j'ai eu 9 semaines de vacances avec. C : Ok. H : Faque ça a été beaucoup de d'ça au début.
		- Retour au travail et routine	H : Pis après ça, moi ben, le travail recommençait en septembre, faque là on est rentré dans l'autre routine. Marième elle ici sa routine à la maison pis euh mon travail, pis ça a juste continué soit en terme de faire fonctionner la routine, les activités et pis tout ça. C : Ok.
		- Gestion de l'arrivée de bébé selon les sexes	F : … y'a aussi comment on gère l'arrivée d'un bébé, un père gère pas ça comme une mère. C : Mmm mmm. F : Donc ça aussi c'est d'autres éléments qui… qui nuisent

			à la libi… au désir là

		- F comblée par toucher avec bébé
		  - surtout lors de l'allaitement
		  - moins d'affection pour H qui se sent délaissé
			H : Moi, la seule autre chose qu'on a eu à parler aussi pis encore là, moi penser, c'est quand bébé est arrivé, ben une chose qu'y arrive, c'est ça, c'est maman avec bébé, côté tout ce qui est de toucher, est très comblée parce que toujours caresses, bébé est dessus pis avec l'allaitement et tout ça.
			C : Ok
			H : Là à un moment donné ça a été comme : Ok ben moi, moi aussi j'prendrais une caresse ! Ah pis ben oui, c'est vrai ! Tsé comme on se rend compte un peu de ça parce que comme c'est vrai maman devient vraiment comblée du côté du toucher pis tout ça, parce qu'est constamment en caresses, en lien, et lié à cette présence d'amour là, si tu veux. Pis euh, pendant que le père est ok, euh finalement, un peu délaissé de d'ça.
			C : Ok.
			H : Pis ça peut-être été l'autre aspect qu'on a parlé un peu de, que tu te dis ben c'est vrai ça. Pis c'est comprenable en même temps de voir comme quoi que un peut être comblé, pis que l'autre il l'est pas, parce qu'effectivement c'est pas la même relation avec le bébé surtout au début, avec le montant d'allaitement qui se passe et tout. Faque ça a été un autre euh… ouverture, euh...
			C : La question d'être un peu délaissé, parce qu'elle, elle se sent comblée et est satisfaite un peu de cette proximité-là qu'elle a déjà avec quelqu'un.

		- donne moins d'affection à conjoint, surtout	F : … pis quand que, euh, j'ai accouché, euh même encore asteur là, faut, c'est moins comme un réflexe qu'on a, hein ? Parce qu'on dirait que notre besoin d'avoir de l'affection est comme comblé ailleurs ! (rires) C : Mmm mmm, tout à fait.

		premiers mois	F : Ben moi, en tout cas là, dans les premiers mois là, des fois j'me rendais compte, ayoye j'y ai même pas donné de caresses aujourd'hui ! Jamais, jamais j'aurais fait ça avant. C : Ok. --- C : Ok. Pis l'allaitement, hum, toi t'as vu qu'y'avait vraiment un lien entre euh… en fait, pas l'allaitement, mais plus, au niveau de la satisfaction, le, le besoin d'être com, tsé t'es comblée au niveau de, du toucher avec bébé. F : Mmm mmm. Mmm mmm. Ah oui.
		- Présence d'une 3e personne : ne dérange pas pour l'instant	H : Pis pour toi, un soir, t'as dis c'est parce qu'y'a une autre personne dans la maison, pis, j'suis comme, non ! I don't think so ! Comme zéro ! C'était… difficile… F : Tu parles tu du bébé là ou tu parles parce qu'y'avait ma mère ? H : Non, non, le bébé ! F : Parce que j'étais comme… une autre personne à mai… H : Non, non, comme si y'avait une autre présence, une autre personne, pis t'as dit non, c'était zéro ça, c'était chimique dans mon corps là j'pouvais pas l'expliquer. C : Mais toi t'avais l'impression qu'y'avait quelqu'un d'autre dans la maison, donc ça a ralenti les ardeurs ? H : Mais pas pour toi ! F : Non, non. H : Tu l'avais expliqué comme si pour moi. C : Ok. F : Non, non, moi ça m'a pas dérangée. H : Comme pour l'homme ou quelque chose, ou, pas pour l'homme, t'as pas dit ça comme ça, mais… F : Non non. H : C'était comme si, mais c'était comprenable, y'a q, mais, du tout, du tout, du tout. F : Non non, c'est… C'est pas parce qu'elle était là. Parce

			que elle a dormi peut-être le premier mois dans notre chambre, that's it. C : Ok. F : Après ça euh… On l'a mis dans sa chambre parce qu'on… (rires) ben j'ai décidé, ben on a remarqué qu'a dormait mieux sur son ventre. Faque là, à cause de tout ce qu'y disent de pas les dormir sur le ventre (rires de C), à cause qu'on a le petit pad qui… H : Le tapis à mort… F : …qui détecte la, la, la pas de respiration (rires de H). C : La mort subite, ouais. (rires du couple). F : Faque là on, faque ça ça a peut-être aidé aussi que… C : Ok. F : Je suppose que si ton bébé dort dans ta chambre euh… H : Moi, y'a a qui dorment dans le lit, comme avant. Ben voyons donc ! En tout cas… F : Non, ça sera pas dans… (rires) --- H : J'ai pas hum… Sa présence me dérange aucunement. C : Du bébé ? H : Ouais. F : Oui. Ça m'aurait étonné ! H : Pour l'instant ! (rires des 2) Mais c'est bizarre ça… en tout cas… F : (bébé régurgite) Oups, ça sort encore ! H : Oh ouais. Parce qu'à un moment donné ben. Parce que toi t'as tout le temps conté ton histoire, ta chambre était à côté de tes parents pis t'avais… F : Oui. H : … 12-13-14 ans, t'entendais des affaires… ça me bug encore ça ! F : Traumatise, oui. (rires de C) H : Mais euh… F : C'est pour ça que j'aurais pas choisi une maison avec

			une chambre d'enfant collé… C : Collée… Ok. La chambre est loin. F : Est juste à l'opposé là, mais juste assez… (rires) Mais est encore toute petite là. H : Mais oui. Oui pis c'est ça, j'me dis, en tout cas euh…
		- Peur que la déchirure s'ouvre	F : Pis tsé, y'a une différence entre… parce que quand on le faisait, moi, j'y pensais là. D'un coup que ça, ça s'ouvre ! C : Ok. F : Moi j'connais même pas ça là, j'veux dire, ça se peut tu que ça l'ait cicatrisé sur le coup, mais que là, à force de… donner des coups là dans ce bout-là, ça, ça, réouvre tsé, je. Ça, je sav, je savais même pas là. C : Ok.
		- Peur vs cicatrice de césarienne	F : Parce que j'avais tellement peur. C : Mmm mmm. F : Je… C : Est-ce que c'est une peur de la douleur ou c'est juste une peur… F : Je me demandais si la, la cicatrice elle était guérie ou pas. C : Ok. F : Et j'avais vraiment peur, donc, pendant les 4 mois je crois, après l'accouchement. C : Ok, quand même. F : Oui. --- F :… donc je me demandais est-ce que c'est vraiment cicatrisé ou pas, donc, y'avait tout ça. C : Ok. --- F : Tout doucement, c'est toujours la peur, y fallait que… ---

			F : Des fois, forcément je le voulais, mais j'avais surtout beaucoup peur…
		- Temps pour « revenir de la césarienne »	C : Donc, césarienne, comment ça a été ? Est-ce que ça a pris du temps à revenir ? F : Ça m'a vraiment pris du temps. C : Ok. F : Du temps. C : Y fallait vraiment réfléchir, passer par-dessus les peurs. F : Oui. C : Ok. F : Ça a vraiment pris du temps…
		- Stress	C : Est-ce qu'il y a d'autres choses après la grossesse qui a affecté votre sexualité ou… ? H : Mmm… F : Y'avait le stress aussi. La fatigue, le stress, ça faque, à des moments je, c'était le stress aussi vraiment. C : Ok.
1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.3. Aspects concernant le couple 1.3.3.1. Premiers mois : plus d'intimité	-	C : Donc plus de désir ? H : Oui, de, de, de l'aimer elle là. C : Oui. H : D'y donner ça là ! (rires du couple) C : Exactement. H : Hein, comprends ? F : Très clair. Oui. C : Ok. F : Ah oui ? H : Oui. F : J'me rappelle pas, j'ai pas de souvenir que tu étais plus colleux… H : Non tu, tu l'as pas mais moi, euh, pour moi j'pense que je l'étais, pis j'essayais pas de, de forcer les choses.

			F : Non, non, non. H : Donc j'te collais au lit, des affaires de même. --- C : Ok. Donc vraiment, ok, donc on a compensé un peu avec l'intimité, plus collés, plus de, de sensualité, on est allé chercher là-dedans. H : Mmm mmm. C : Ok. Excellent. F : Oui.
1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.3. Aspects concernant le couple 1.3.3.2. Gestion différente du « temps sexuel »	- Diminution de la spontanéité	H : c'est ça y'a peut-être moins de… F : De spontanéité, c'est ça. H : Et de spontanéité, ouais. --- Moins de spontanéité, plus planifié. Euh… On a déjà mis le cadran ! H : C'est vrai ! [rires des 2] C : Ok. [rires des 2] --- F : Ben évidemment j'veux dire encore aujourd'hui pis… euh… J'pense que la spontanéité d'avant d'avoir un enfant est jam…, sera pas la même à tout jamais. En tout cas [rires], jusqu'à ses 18 ans, j'sais pas trop ! [rires] H : Ouais. F : Parce que… H : On peut plus être difficilement spontané avant 8 heures ! F : Ouais, c'est ça ! [rires des 2] H : C'est ça que tu veux dire ! [rires des 2] F : Ouais !... C'est illégal là… ça c'est mon défaut professionnel… Mais là, le le euh…Non c'est ça, j'pense que c'est sûr que ça a changé la spontanéité et c'est peut-être plus planifiable encore à ce jour, euh. C'est euh… mais tsé… On s'est adapté à cette nouvelle situation-là.

			C : Ok. Parfait. --- C : … peut-être un peu moins de spontanéité. H : Mmm mmm. F : Mmm.
		- Moins d'opportunité	H : On n'avait moins d'opportunités parce qu'on est réveillés en même temps euh, y'é quelle heure.
		- Doit trouver temps et planifier sexualité	H… la gestion du temps, en fait, qui joue dedans. C : Ok. Qu'est-ce que vous voulez dire par gestion de temps ? H : Ah, c'est parce que souvent donc on a pleins de choses à faire avec elle, donc euh, faut trouver un temps aussi ou quand c'est, elle elle dort et tout ça, donc. C : Donc il faut planifier… H : Ouais…
		- Pas facile de trouver temps de qualité pour couple	H : Puisque c'est pas, c'est pas facile forcément de trouver du temps de qualité.
1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.3. Aspects concernant le couple 1.3.3.3. Réaction positive du partenaire	- H compréhensif et respectueux	H : Pour les seins, j'étais pas hum... J'comprenais tout à fait le, tout à fait la situation. Évidemment, en allaitant, en série, c'était quoi, un heures et demie, aux deux heures au début, tsé c'était pas, j'comprenais le truc. J'étais, pas, j'veux pas dire déçu, mais parce que ça a été… tsé j'veux dire d'un point de vue complètement naturel, une attirance envers les seins et tout ça. Mais c'est pas hum… J'étais très compréhensif, très… euh… très respectueux aussi à travers tout ça. Voilà. ---
		- Pas de pression exercée	F : … tsé, y mettait pas de pression sur moi pantoute… H : Ah c'est vrai… Non zéro !

			F : Tsé, j'me levais à tous les 3, tsé…Très compréhensif aussi ! H : Ouais. --- H : Hum… pis y'avait pas de pression… --- H : Et donc, oui t'avais pas de pression… --- F : Ben y poussait pas trop là… H : Moi je me souviens… F : Hein ? T'étais quand même compréhensif, c'est sûr là. H : Ben oui, c'est sûr. (soupir de F) --- C : Pis rapport aux douleurs, je, je sais que tu pouvais rien faire, mais comment tu te sentais un peu là-dedans ? H : Ben moi j'l'respectais là-dedans là, c'est ça, euh… j'peux pas… quand même… je l'aime quand même là ! (rires de tous) C : D'accord. H : J'avais pas… F : J'espère ! H : J'avais pas le choix là ! C : C'est encourageant ! H : Ben… euh… ben non. Moi j'pense que j… j'pense que j'allais à son rythme là. C : Ok. H : Comme, tsé, c'est ça là. J'sais pas c'que j'pourrais dire de plus là. C : Ok.
		- Va au rythme de F	
		- H se dit que ça va passer	H : On peut… ok… on peut euh… nous aider… je sais pas… je sais pas quoi dire… moi j'avais pas vraiment de… j'suis… J'avais pas vraiment de, je, je recherchais pas vraiment à changer quoi que ce soit, j'me suis dit « ça va

		- H s'attend à nouvelles choses - Unique à chaque couple	passer » après ça elle va être correcte là. C : Ok. H : Tiens… je sais pas… --- C : Faque toi tu te dis, c'est quelque chose qui va passer, la situation va rétablir. H : Ouais. C : Correct. Ok. Parfait. H : Je savais qu'est, j'pouvais m'attendre à pleins de nouvelles choses là, pleins, toutes sortes de… toutes sortes d'affaires, mais… Pis en même temps, j'me dis, j'entends des histoires, mais je me dis y'a en pas deux pareils, tsé. C : Mmm mmm. H : C'est comme, notre, notre relation, y n'en a pas euh, quelqu'un dit quelque chose pis j'me dis « ça c'est pas nous autres pantoute » là, faque c'est comme… C : Ok. C'est unique à chaque couple. H : Ouais. C : Parfait.
		- Il y a un certain temps à respecter	C : Est-ce que vous aviez peur, vous, de, de, de pas toucher, mais de faire l'amour, lors des rapprochements, pis de toucher la cicatrice ou de l'accrocher ou… Tsé, ça c'était quelque chose… H : Non, pas en tant que tel, mais je savais que y'avait un, un certain temps qu'il fallait attendre un minimum de, et puis euh… F : Ok. H : Ben après, y fallait aussi que, qu'elle soit à l'aise. C : Ok. […] F : Il y avait un certain temps à respecter et tout, donc. C : Ok.

1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.3. Aspects concernant le couple	- doit changer pratiques	H : On change un peu un peu les pratiques, on change les caresses. Voilà.
	1.3.3.4. Moment de changements et d'adaptation	- moment d'adaptation temporaire	F : … mais j'pense qu'à moment donné, quand Bébé était plus vieille, comme euh… H : Quand Bébé a commencé à bien dormir. [rires des 2] J'pense que je l'ai nommé tantôt aussi… mais euh. F : Ah ouais ? C : Ça va. H : Quand elle a commencé à mieux dormir, euh à être plus euh, avec une routine qui était un peu plus euh… F : Prévisible. H : Prévisible. De jour, de nuit, euh, pis tout ça. La vie a rentré rapidement, a rapidement repris le rythme qu'elle avait avant. C : Ok. Donc c'était un moment d'adaptation temporaire. F : Ouais, c'est ça. Moi c'est comme ça…
		- doit apprendre à accepter le changement	F : Y faut juste apprendre à accepter le changement, j'pense là. C : Ok. F : C'est peut-être euh… Apprendre à accepter le changement en général, apprendre à accepter le changement avec ça aussi. Comme, comme euh tout avec un bébé, finalement. Apprendre à accepter le chaos des fois, pis apprendre à accepter [rires] toutes les modifications que ça peut amener.
		- période d'adaptation postpartum	C : Donc, expérience positive pendant et après, petite période d'adaptation… F : Adaptation. C : … pour les premiers mois post-partum. F : Oui, oui, oui. H : Oui.

			C : Excellent. F : Oui. C : Parfait.
		- période d'ajustement	C : Cette période d'ajustements-là a duré combien de temps à peu près ? F : Ça a duré 4 mois pratiquement. C : Un bon 4 mois.
		- s'adaptent au changement général, dont celui de l'horaire	C : Parfait. D'autres choses sur votre relation de couple, comment ça s'est passé après la grossesse ? Est-ce que vous vous êtes bien adaptés ? F : Oui. C : Oui. F : Les débuts n'étaient pas faciles, mais après bon, ben, parce que c'est, c'est tout un changement. C : Mmm mmm. F : Avant, je pouvais dormir, essayer de dormir comme je voulais, ou bien planifier ma journée, mais avec elle dans le décor, c'est en fonction d'elle, donc. Pratiquement, tout change en fait. Il faut tout réadapter. C : Ok. Donc adaptation générale de l'horaire… F : Oui. C : … des tâches, de la vie ! (rires de tous)
1.3. Après la grossesse *(SUITE)*	1.3.4. Considérations futures 1.3.4.1. Nouvelle grossesse	- Si nouvelle grossesse, ferait cours prénataux abrégés et relirait	C : Mais est-ce que c'est quelque chose que vous aimeriez faire si y'a une deuxième grossesse de planifiée éventuellement ? F : Ben je sais pas si rendu là tu le refais. H : Ouais ?... J'sais pas… F : C'est une bonne question… Euh, faudrait qu'y ait comme cours prénatal genre bébé numéro 2. H : Adapté bébé numéro 2. C : Y'en a !

			H : Bon ben si y'en a… F : Ah ben si y'en a, ça j'embarque. C : Y'appellent ça des short courses. F : Ok. C : Des cours plus courts, pour le deuxième, le troisième. Un rappel pour... H : Ouais ! F : Ah ça, j'embarque ! H : Ouais y'a beaucoup de choses… [confusion] qu'on apprend sur le tas, qu'on avait pas vraiment vu… F : Mais c'est sûr que pour un prochain bébé, je relirais aussi… H : Ouais. F : Encore euh, des livres sur l'accouchement parce que… question de réviser. [rires] Non c'est une blague mais tsé de… C : Non, non. F : De reprendre, retrouver l'information, parce qu'on oublie là, c'est un peu ça d'ailleurs c'qui fait qu'on a un autre enfant. H : Ah ben oui, ça c'est intéressant ce que tu dis, parce que comme… C : L'amnésie d'accouchement ! F : L'amnésie d'accouchement permet probablement le, l'humanité de euh… C : De survivre ! F : De survivre, c'est ça ! F : … pis j'suis tombée enceinte. […] C : Ok. F : Faque mettons ça fait dep, 9 mois à peu près. Ça aussi ça l'a aidé à la libido ça. C : Ok.

		- Après reset du corps, F est redevenue enceinte	F : Pour vrai là, de retomber, c'est comme si mon corps y'était comme « ah, jok, là, on a pu autant de, on revient à la normale » ! Tsé, comme j'disais hier euh, on dirait que je viens de, mon corps y vient de réaliser que là « woop ! » on retombe sur nos pieds, on est normal. C : Mmm mmm. F : Pis là, je me réengage dans quelque chose tsé. J'ai, j'ai comme réussi à tout avoir perdu le poids que j'ai perdu, tsé comme tout ça là, le gros package là, j'ai, j'ai, mon corps avait fait un reset. J'étais toute correcte, pis là woop, je retombe là-dedans. En tout cas…
		- Fait peur pour douleur	C : Pis est-ce que ça te fait peur pour cette grossesse-là ? F : (silence) Ouais, mais c'est sûr que, tsé c'est pas tant la sexualité avec lui qui me fait peur… C : Mmm mmm. F : … c'est… la douleur que je sais que je vais ressentir encore sûrement, tsé. Hum… ouais, c'est surtout ça. C'est, c'est, parce que quand tu, pfff, quand tu penses à « ah tu vas souffrir », c'est sûr que c'est pas l'fun là… mais là, on est quand revenu à la normale là… Ouais, on est quand même revenu comme c'était avant, mais là, on… là on repart sur d'autre chose ! (rires) C : On rembarque ! F : On rembarque ! Mais là ça va être le dernier là. Ben c'est pas que c'est grave là, mais j'veux dire c'est, c'est pas à cause de d'ça mais… C : Ok. F : Mais c'est la dernière fois pareil. C : Excellent.
		- S'attendent à même	H : Pis tu vois, regarde, pour une deuxième grossesse, ben là garde c'est clairement j'm'en attendrai, pis tout, j'dirai

		expérience avec nouvelle grossesse	regarde, écoute c'est que ça a été, ça devrait être pareil. Pis sinon, y'aura, ben ça sera plus, ou quoi que ce soit. C : Vous aurez l'expérience… H : C'est ce à quoi je m'attendrais. --- H :… Faque encore là avec futur 2e bébé ben j'm'attendrais encore à ça parce qu'on voudrait allaiter le deuxième. Ben on… s'cuse… F : Je… (rires des 2) C : Vous êtes le soutien ! F : C'est ça ! H : Oui, je soutiens ! C : Ok. Donc être prévenu ça aurait été un peu plus… apprécié. H : Ouais --- F : Non, mais… tsé c… ça l'empêche pas que, parce que là on s'enligne vers ça aussi cette fois icitte là. J'veux pas te faire, j'veux pas y faire peur.
1.4. Moyens d'adaptation	1.4.1. Adaptation générale 1.4.1.1. Les couples ajustent/adaptent leur sexualité et leur vie	- vivent avec sexualité différente - Adaptation nécessaire et graduelle dans la sexualité, comme dans vie générale - F a dû s'adapter	F : J'pense que c'est plus qu'on a vécu avec on n'a pas tenté vraiment de… F : … parce que faut, faut s'ajuster comme, comme couple à l'arrivée d'un bébé, donc euh… --- F : …on a dû ajuster la sexualité, mais la vie en général là. C : Ok. --- F : J'pense qu'on a adopté des euh, des changements peu à peu. Un peu comme avec un bébé, y faut modifier les moments, l'horaire de l'intimité (rires) parce que… C : Ok. On va revenir là-dessus dans le postpartum, mais

			pendant la grossesse, est-ce qu'il y a eu des, des, des, des changements au niveau des seins, au niveau du corps, que t'as dû t'adapter ? F : Oui, j'ai dû m'adapter.
1.4. Moyens d'adaptation *(SUITE)*	1.4.2. Approches spécifiques d'adaptation 1.4.2.1. Communication dans le couple : élément clé	- communication	C : Ok. Est-ce que vous en avez parlé ensemble de cette situation-là ? F : Oui, on en parle beaucoup [...] Donc c'est, oui on en parle pis euh… Tsé des fois-là c'est sûr que ça fait peut-être le laps de temps fait trop longtemps donc il va peut-être le dire, dire : là faudrait peut-être penser à… H : Après ça elle arrive, ok ça ça couvre décembre et janvier là là. F : (rires) Donc on en parle. --- H : Mais c'est ça on en parle beaucoup… --- F : C'est ça j'pense que maintenant, on a pu se tenir… tsé ça l'a pas fait de froid entre nous, on en a parlé dès le début là. --- H : Pis ça a plus été de nos discussions à nous, de parler de nous, de… C : Ensemble. H : De discussions sur nos sentiments. --- H : J'pense que nous autres… J'suis content que on ait été bons dans la, dans les conversations qu'on a eues. C : Ok. H : Qu'on a été capable de bien se comprendre et de faire… euh… des ententes, des compromis, ou quoi que ce soit. --- H : Euh… j'suis content que ça, ça a bien été à ce niveau-là [communication dans couple] pis ça pas été plus moi de

			mon côté pis elle de son côté, pis un espèce de froid, ou quoi que ce soit. F : Ouais… H : Et ça je suis content que ç'est arrivé comme ça, peu importe la raison comment c'est arrivé là, mais au moins comme on l'a bien vécu comme ça. C : Donc la communication a vraiment été l'élément clé. F : Oui, oh oui, définitivement, sinon j'pense que ça aurait pu creuser un fossé assez euh, assez énorme entre les deux. H : Mmm. --- H : Moi, la seule autre chose qu'on a eu à parler aussi… --- H : Pis ça peut-être été l'autre aspect qu'on a parlé un peu de…. --- C : Ok. Je déduis quand même que ça a bien été, vous avez rien eu de problématique ou de gros changements qui vous a… F : Non. Mais ensemble on en a toujours parlé beaucoup… --- C : Donc entre vous. F et H : Ouais. H : Entre nous… --- C : Ok. Donc la communication a été vraiment quelque chose d'important ? H et F : Ouais. H : Elle l'a toujours été. De tout point de vue. Mais de la sexualité aussi. Lorsque… Nos désirs, nos besoins. F : Nos limites aussi. H : Pis ouais. Pis ça a été ça a été la même chose pendant la grossesse. ---

		- ouverture	C : Ok. Donc comment vous avez géré cette situation-là c'est de comm, de parler entre vous et de parler aux autres. F : Mmm mmm. Ouais, ouais. H : Exactement. --- F : Y'a la communication… --- C : Ok. Comment t'as vécu ça les douleurs pis euh le fait que ses seins appartiennent à elle. Plus ta vision. H : Ben… euh… Comme on disait, on a toujours été très ouverts sur euh, sur la sexualité pis on s'en est parlé dès, dès le début, dès les premières douleurs, dès le, l'inconfort avec les seins. Donc ça a pas été… ça a pas été euh problématique. --- H : …bon, on en a parlé, pis euh, pis euh voilà, tsé si ça faisait mal, on arrêtait, pis ça a jamais été un problème. C : Ok. --- H : En en discutant… C : Ok. --- C : Ok. Parfait. Donc, vraiment beaucoup de communication. F et H : Ah ouais ! C : C'est l'élément clé là. F : Ouais, j'pense qu'on est… H : Ça a été la base du début de notre relation pis ça jusqu'à aujourd'hui. --- H : Jamais garder quelque chose qui nous déplaisait ou euh… F : À tous les jours euh de faire le point parce que sinon on serait pas arrivés là.

		- pas toujours parfaite, mais importante	H : Ouais, peu importe les sujets. F : Pas de support. H : Exact. F : Pas de soutien, c'est sûr que euh… C : C'est vraiment la clé du couple. F : Ouais ouais. H : J'pense qu'on a vite compris que sans ça ça pourrait pas fonctionner parce que tsé avec les bouleversements d'avoir un bébé dans une vie, d'avoir euh des des, un peu tout, tout brassé [inaudible] pis euh on veut avancer tout ça sur la table et repartir à zéro avec un enfant, sans la communication, parce qu'on avait pas d'aide, parce qu'on était tout seuls, j'pense qu'on serait pas, ça aurait beaucoup plus difficile que ça l'a été. C : Ok. F : Tsé la communication est pas toujours parfaite. Tsé des fois on est fatigués. H : Non, non, évidemment. F : Pis la conversation est… H : On s'est déjà engueulés. F : Oui, pas rien de dramatique. H : Non. F : C'est comme… H : Ça fait partie de la vie. F : Ouais ouais ouais. H : Mais on s'est toujours beaucoup parlé sans… F : Toujours beaucoup parlé, même si des fois c'est pas la conversation idéale, finalement on la reprenait plus tard. Pis euh… H : Ouais. F : C'était ça. C'est sûr que la fatigue qui rend ça euh … H : Ouais. F : Un peu difficile, j'trouve. C : Ouais.

			F : On est comme moins rationnels. [rires] --- C : D'autre chose sur l'expérience après la grossesse ? F : Non mais tsé on a parlé surtout du début là… --- H : …même en fait ce que je pourrais même dire qu'elle l'a pas vraiment été dans notre cas [sexualité comme source de conflit dans le couple] parce qu'on a eu toujours une super communication pis on a été très compréhensifs l'un envers l'autre. --- H : C'est pour ça que j'ai eu besoin peut-être de lire là-dessus pis de, qu'on s'en parle… --- C : Est-ce que vous parliez de sexualité entre vous ? (ils hôchent de la tête) Oui ? F : Ben… moi j'dirais plus que la normale des g… J'ai l'impression qu'on… H : Ouais. F : … qu'on en parle plus que la normale… H : Déjà… F : … des gens. H : Déjà plus là. C : En partant… H : Ouais. C : Ok. F : Ouais. Mais dans le couple là. C : Oui. F : Tsé… j'pense là… ben j'veux dire quand y'avait des besoins pas rencontrés ben y me parlait pis… C : Ok. H : Ouais. F : On est ben ouvert. H : Sure.

			F : Oui ? H : Oui oui. Ouais. C : Confirmation. (rires) Excellent, ok, parfait. --- C : Mais j'vois aussi qu'y a quand même, tsé y'a beau, beaucoup de communication… F : Ah oui ! C : …vous avez l'air de gens très ouverts, tsé vous… F : On en parle ! C : … en parlez ! F : Oui oui oui ! On en parle. C : C'est un facteur clé, ça, beaucoup pour la sexualité. F : Ça doit ! H : Oui, hein ? C : Parce que plus on, moins en parle, plus y'a de problème, plus les gens gardent des tensions… H : Oui. C : … ça explose à un moment donné là. H : Ouais. F : Mmm mmm. C : Y'a une dynamique ici là qui, qui fait qu'ça va bien aussi. F : Oui, c'est ça. C : Excellent. --- H : C'est ça ! Pis on est, on a pas peur de s'en parler… --- H : Mais… j'sais pas, j'ai pas eu le besoin de, de l'savoir parce que t'étais complètement ouverte là. F : Ouais. --- F : Si t'en parle pas, si l'homme est pas au courant, si y'a pas de communication, c'est la mort ! Là, ça c'est sûr. H : Yeah.

			C : Ok. F : Si y'a de la communication, c'est différent. --- C : Parfait. Est-ce que vous avez fait quelque chose de particulier pour garder une sexualité active pendant la grossesse ? (silence) J'demande pas des trucs euh, énormes… F : Non, non ! C : Est-ce que vous vous êtes plus parlés ? Est-ce que vous en avez parlé de sexualité ? Est-ce que vous avez échangé un peu comment toi tu te sentais ? F : Ah, c'est sûr ça ! On parle, parle quand même pas mal là. --- C : Est-ce qu'y'a eu des changements ou… des choses que dont vous avez discutés. Est-ce que, est-ce que vous avez parlé de sexualité pendant la grossesse entre vous ? F : Mmm… (rire léger) Pas vraiment… H : Pas beaucoup, en tout cas. F : Non. C : Pis les peurs au début et à la fin, est-ce que vous en parlez ou vous gardez ça… F : Vers la fin on en parlait. C : Ok. --- F : Mais ça on en avait parlé avant même que j'accouche. C : Ok.
1.4. Moyens d'adaptation *(SUITE)*	1.4.2. Approches spécifiques d'adaptation 1.4.2.2. Humour	-	F : … on fait même, c'est comme notre running gag entre nous là. (rires des 2). C : ok. --- H : On se taquine avec ça. F : Ouais.

			--- H : … pis j'pense qu'on utilise beaucoup d'humour. --- H : On a quand même intégré beaucoup d'humour là-dans.
1.4. Moyens d'adaptation *(SUITE)*	1.4.2. Approches spécifiques d'adaptation 1.4.2.3. Gestion et apprentissage en couple	-	H : Comme on n'avait pas eu de cours prénataux, qu'on avait pas, Bébé était notre premier bébé, ça a été quelque chose qu'on a géré tous les deux tous seuls. Dans un contexte aussi, on venait de, on venait de s'installer à Ottawa, on a déménagé durant la grossesse, donc on avait pas beaucoup de ressources ici. Donc ça a été, c'est ça, ça a été entre nous. On a appris ensemble ce que c'était. --- H : donc ça a jamais été euh un frein à, à notre… en fait, euh… Ok, je recommence. Ça a été, ça été un, quelque chose [douleurs pp] qu'on a dû gérer pour faciliter le retour à une vie sexuelle plus fréquente, plus active. Mais ça a pas été quelque chose qui a mis des difficultés entre nous, qui a été… --- F : Mais faut dire aussi qu'on s'est retrouvé à Ottawa euh sans famille, sans amis, sans réseau, avec un bébé. H : C'est ça. F : Donc la seule façon de s'en sortir euh c'est de régler des choses de tous les points de vue. H : Ouais, c'est ça. F : Et la sexualité inclue, là.
1.4. Moyens d'adaptation *(SUITE)*	1.4.2. Approches spécifiques d'adaptation 1.4.2.4. Approche « zen »	- F écoute corps - Aucune pression	F : Pis moi je savais, moi j'allais écouter mon corps, pis j'allais… tsé moi, je sais. J'allais être à l'aise, j'm'étais pas mis de pression ou rien de d'ça, pis on s'était pas mis de pression…

1.4. Moyens d'adaptation *(SUITE)*	1.4.2. Approches spécifiques d'adaptation 1.4.2.5. Retrouver du temps de couple	-	C : Et on, est-ce que, qu'est-ce que vous avez fait en tant que tel pour garder votre couple ensemble ? J'sais que c'est une grosse question, mais est-ce que… F : Mmm mmm. C : … vous avez fait quelque chose en particulier ? À part de parler, on a euh, vous avez un petit peu parlé de ça. H : Hum, mais c'est un peu plus tard, en fait, après les quelques mois, c'était de, d'essayer d'avoir des activités en dehors, mais euh, sans elle. C : Ok. H : Ça c'est vraiment quelque chose en, en adaptation en tant que telle. C : Ok. H : Puisque c'est pas, c'est pas facile forcément de trouver du temps de qualité. C : Donc, retrouver du temps pour vous. H : Mmm mmm. C : Ok, donc ça c'est graduel, ça se fait encore. Excellent. F : Mais le jour où qu'on a pu sortir tous les deux sans elle, je reconnais que ça va faire du bien ! (rires) C : Oui ! (rires de C et F) F : Parce que ça faisait vraiment longtemps ! C : Ok, excellent.
Thème 2 : Services sexopérinataux			
2.1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale	2.1.1. Ressources personnelles et relationnelles 2.1.1.1. Connaissances personnelles	- Avait connaissances personnelles, car est infirmière	F : … parce que j'chu une… j'ai des, j'avais des connaissances physiques, je suis infirmière de profession aussi, donc. C : Ok F : J'avais des connaissances en arrière de ça. J'savais qu'après l'accouchement, les hormones, etc, faisaient que la libido était souvent basse chez ben beaucoup de femmes.

			--- F : … parce que… C : Ah, ok. F : Avec euh… l'allaitement et la libido, je savais qu'y avait une ben une grosse baisse de libido à cause de la libération d'hormones et tout ça.
		- F en savait déjà beaucoup car : avait lu, en a parlé avec amis et a enseigné cours sur rôle parental sans être parent	F : Mais ça [sexe=sécuritaire] c'est quelque chose que je savais déjà aussi. --- F : Tsé pis j'trouve que c'était des choses que j'savais déjà. Tsé j'veux dire, de par des lectures, de par parler avec mes amies qu'y ont des enfants… H : Pis t'as enseigné le cours de rôle parental en plus, tsé j'veux dire… F : Pis j'ai enseigné le cours de rôle parental, j'suis enseignante là ok ? Sans bébé, sans avoir d'enfant, j'ai enseigné le cours de rôle parental à un moment donné, faque y'a fallu que j'me renseigne tsé… C : (rires) Ça aide ! F : Ça c'est très très drôle.
		- Pour d'autres qui ne savent pas, cela peut être plus difficile	H : … mais j'peux imaginer une femme qui euh, qui arrête complètement pis son désir est shut down, pis là le mari après 2 mois y'é freak out, y sait pas quoi faire avec ça, y'a aucune information, y'a rien lu… F : Oui ! H : … y'a pas de pamphlets ! C'est tu normal ? C'est pas normal ?

			F : Ouais ça c'est vrai ça. H : J'peux comprendre. F : Se placer dans la situation des autres qui ouais, que eux autres ne sauraient pas. C : Ok. F : Ou papa serait pas au courant.
2.1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale *(SUITE)*	2.1.1. Ressources personnelles et relationnelles 2.1.1.2. Amis : sources variables et peu fiables	- Les histoires varient	H : Moi quand, disons, j'ai parlé avec mes amis ou quoi que ce soit, ben y'en a que ça a été d'un bord ou de l'autre. Pis en même temps y'en a d'autres que c'était moins au début pis après ça y'a eu des phases où c'était libido dans le plafond pis tout ça. --- C : Ok. Des échos plus négatifs de ton côté pis toi un peu plus positifs. F : Ouais.
		- Comparaison/discussion avec amis	H : … c'était comme r'garde, j'pense que moi ça a plus été plus de parler avec de mes amis à moi qui ont passé des expériences avant. Euh, dans ma gang je suis le dernier à avoir un bébé, y'ont tous eu des bébés avant, faque ça plus été en terme de comparaison, de parler c'que les autres ont passé à travers. Ça a plus été ça. C : Ok. H : Mais euh, pas vraiment plus que ça. --- C : Est-ce que vous êtes allés chercher d'autres informations ou vous vous êtes fier à ce qu'elle vous a amené ? H : Ah encore, comparé avec des chums pis tout ça…

			--- F : Pis avec les amies, c'est certain qu'en discutant… --- H : … les gars y disaient aussi… --- F :… puis parlé avec euh nos amis aussi qui ont eu des bébés. C : Ok F : Moi, ça a souvent été un sujet de conversation. H : Mmm mmm. --- H : … pis euh avec les amis, c'est ça, qui ont eu des enfants. J'en ai moins de mon côté, plus toi. F : Ouais. H : Mais euh ouais. --- C : Ok. Donc comment vous avez géré cette situation-là c'est de comm, de parler entre vous et de parler aux autres. F : Mmm mmm. Ouais, ouais. H : Exactement. --- H : Moi j'pense que pour avoir comparé avec des amis, j'pense euh… C : Est-ce que les échos des amis étaient plus négatifs ? F : Ça dépend des quels… H : Ben moi, comme j'disais, j'en ai moins qu'y ont des enfants de mon côté, donc euh… j'ai deux amis qui ont des enfants pis de ce que j'ai parlé avec eux, la

			sexualité a… peut-être été source de conflit dans leur couple beaucoup plus qu'elle a été dans l'nôtre, même en fait ce que je pourrais même dire qu'elle l'a pas vraiment été dans notre cas parce qu'on a eu toujours une super communication pis on a été très compréhensifs l'un envers l'autre. Mais euh, mais ouais si je peux me comparer avec les quelques-uns que, quelques-uns amis qui ont des enfants, ouais tout à fait, on est euh… on a… des échos plus négatifs de leur part que moi je peux en témoigner aujourd'hui. F : J'pourrais pas dire la même chose de mon côté. H : Ben, ben c'est ça j'dis, c'est l'expérience de mon côté. Pis tu sais, tu sais de qui je parle… F : [Soupir] Ouais ! Tsé j'ai des amies fille qui, pour qui y semblent avoir, évidemment là avec des adaptations, avec des changements. --- H : Ouais, des échos négatifs. Mais bon. Y'en a quelques-uns, c'est des gars, aussi peut-être que ça change quelque chose. [rire de F] Mmm. Voilà. C : Ok. C'est intéressant de pouvoir comparer avec des pairs. F : Ben ouais non mais, j'pense que le groupe d'amis c'est comme un peu comme en général, la sexualité est pas un sujet tabou du tout là. Peut-être que c'est représentatif de notre vie aussi là, mais on

			choisit les gens avec qui on partage des valeurs là. Ça a jamais vraiment été un tabou, en tout cas dans mon cercle d'amis à moi. H : Mmm mmm. C : Ok. F : Donc parler euh… parler de la grossesse en général, dans les moindres surprises, les choses que personne nous dit… C : Mmm mmm. F : Sur l'accouchement aussi. Tsé les gens, ces choses-là. [rires] C : Ok. Un bon réseau social. F : Ouais, j'pense que ouais. Bien que pas présent à Ottawa, mais quand même assez… H : De contacts et tout ça… F : De contacts pour euh avoir des conversations. C : Ok. --- H : Y'a jamais personne à qui, officiellement, mis à part les amis pis mon père, qu'on a en parlé --- C : Donc vous avez cherché les informations […] C : Chez les amis. H : Ouais. --- C : Est-ce qu'il y avait d'autres sources ? Est-ce que t'as parlé à des amies, de la famille ?

		- Sexualité s'aborde mieux entre amis	F : Euh ouais, je me confiais beaucoup à mes amies là. Mais hum… Y'en a une que, ouais, on a beaucoup échangé là-dessus, mais euh… Ben Marie… C'est comme… Mais… Moi, parce que elle a son, nos filles ont 5 mois de différence. Faque c'est sûr que moi vu que j'venais de vivre ça, j'disais « r'garde, non, c'est normal que t'aies mal, ça se peut que t'aies mal même pendant 6 mois. H : Mais elle en avait déjà eu 2. F : Ouais, elle a déjà eu 2, pis elle c'est pas pareil non plus parce que elle elle a eu ses règles… elle elle a eu ses règles, ça faisait même pas trop mois, ce qui est assez rare. Mais, comme moi je les ai eu ça fait… --- F : Et à des, des amis. Des discussions avec des copines. C : Avec des amies, ok. F : Pis j'ai essayé de savoir comment c'était, comment ça c'était passé et tout. F : Non, mais… mais j'pense que, pis les questions sexuelles ça s'aborde plus en, entre amis ou entre mamans j'trouve des fois. --- C : Est-ce que c'est plus facile de parler de sexualité pendant la grossesse avec les amis que de sexualité en général ? Est-ce que c'est une bonne excuse ? F : Euh… Moi je pense pas, moi j'ai beaucoup d'amis, on en parle souvent,

		• Pour H, les discussions entre amis étaient plus ouvertes - N'ont pas parlé de sexualité avec leurs amis, même si certains se sont offerts	même avant la grossesse, donc ça, ça a juste été un sujet de plus qu'on aborde. C : Ok. H : Ben tu vois, moi de mon côté, j'dirais que nos conversations de boys a changé un peu. J'pense qu'avant on était très plus général, tsé, conversation de gars : pis, tu en as eu ? Ouais, ok, c'est ça. Pis là tout d'un coup, j'ai trouvé que les conversations avec de mes amis, mais là, on est, on s'est ouvert un peu plus. On est… moins conversations de gars typiques là. Parce que là c'était des questions : écoute là, ça fait ça, toi c'était tu ça ? Ou bla bla bla. C : Ok H : Faque j'pense qu'on a eu un peu plus de même en terme de conversation. Mais c'est vrai, c'est vraiment avec… plus des conversations en terme d'amis sur que… que ça se passe. C : Amis ? famille ? F : Mon dieu. Amis ? Non. J'p… Non. C : Encore moins ? H : Julie ? F : Même pas. H : Même pas ! Sinon c'est non ! Si c'est pas elle, c'est personne ! C : Toi non plus ? H : Non. F : Non. C'est drôle hein, parce qu'avec nos amis on parle de… H : Non, pis y'a deux trois hommes qui

			m'ont dit euh, appelle-moi si y'a quelque chose, mais j'ai pas eu nécessairement d'besoin, mais j'l'aurais pas fait. F : Pas pour parler de sexualité. C : Mais ok. H : Ils me l'ont offert, mais pas… F : Non non mais…(confusion) H : Mais en général… (rires de tous) C : Ok.
		- F se confie sans conseils en retour ; amis pas à l'aise de parler de sexualité	F : Mais j'me confiais, moi j'me confiais, mais j'pouvais pas vraiment recevoir en retour des conseils, parce que je n'en ai pas tant que ça qui… que je suis à l'aise de parler de d'ça. C : Ok. F : Ouais.
		- Discussion de gars passent par l'humour	C : Entre gars, ça parle tu de sexualité ou c'est… F : J'pense pas dans ces termes-là ! H : Des fois, mais… pas euh vrai… ben… plus en, comme on va dire des jokes là-dessus là. C : Ok. F : Vulgaire… H : Tsé comme euh… t'auras pu, t'auras pu de sexe, t'es fait, t'es fait là tsé ! (rires de C et F) C : Ok. H : Euh… T'es fait pour … tsé, un an ou des affaires là, mais on se vide pas trop trop de nos émotions. C : Ok. (rires de C et F)

			H : Non. C : C'est plus euh, sympatique, avec des petites jokes. H : Ouais. C : Ok. Parfait. Pis y'a pas d'ouverture, de « moi ça va mal là »… H : Ben pas avec moi là. C : Ok. H : Moi j'parle pas de d'ça. C : Ok, c'est correct.
		- H pas à l'aise de parler de sexualité avec eux	--- C : Est-ce que vous avez parlé à vos amis vous aussi ou vous vous êtes juste contenté d'Internet ? H : Non, généralement, je, je partage pas beaucoup euh, ce genre de choses, donc euh... C : Ok. La sexualité en général, c'est pas quelque chose… H : C'est pas quelque chose sur lequel euh, je discute beaucoup. C : Ok. Parfait
		- Pas de bonnes sources	C : Est-ce que c'est, c'était des bonnes sources, tes amies ou … ? F : [hôche non de la tête] C : C'était différent, c'était pas ton expérience. F : Oui. Elles avaient accouché avant moi là, donc… C : Ok. F : Je leur ai demandé, mais bon. C : Ok.

2.1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale *(SUITE)*	2.1.1. Ressources personnelles et relationnelles 2.1.1.3. Famille	- Père a partagé expérience avec H	H : Moi y'a mon père aussi. F : Ben oui. H : Mon père avec qui j'ai à peu près jamais parlé de sexualité dans ma vie qui euh, qui euh [F : Ah c'est rôle !] , a parlé de ses expériences avec euh, moi je suis le plus vieux dans ma famille, pis avec ma sœur aussi, pis y parlait de comment lui c'qu'y a ressenti, ça a été sa façon d'aborder le sujet avec moi, de parler de son expérience à lui. C : Ok. H : Quelque chose que j'avais jamais fait encore avant avec lui. À 31 ans, c'est ça. Voilà. C : Donc c'était une porte d'entrée. H : Ouais, ouais, c'est ça. Ça a été… comment je pourrais dire… y'a tenté de… Mon père a tenté de dire qu'y avait des changements dans les pratiques sexuelles pis de pas m'en étonner. C : Ok. H : Parce que ça venait un peu avec la grossesse et tout ça. Pis euh, voilà, ça a été mon père qui a été ma ressource un peu inattendue à travers tout ça. C : Inattendue, mais très utile. H : Ouais, très utile ! Tout à fait, tout à fait ! c'est ça ! --- H : Y'a jamais personne à qui, officiellement, mis à part les amis pis mon père, qu'on a en parlé

		- Entourage tente de rassurer vs sexualité	F : J'pense que les gens cherchent à rassurer les gens autour, en général. Tsé de se dire tsé que y'a pas de crainte à avoir, y'a pas de… En tout cas, dans mon entourage.
2.1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale *(SUITE)*	2.1.1. Ressources personnelles et relationnelles 2.1.1.4. F cherche informations, puis les partage avec H	-	F : Donc j'avais été en chercher pour les partager avec lui. (rires) Pour lui montrer que… H : J'suis normale ! F : J'suis normale ! (rires des 2) Y'a une explication en arrière de tout ça ! --- H :… t'avais fait des lectures pis des recherches pis tu as dit « moi j'connais tout ça », envoye, let's go ! F : Ben, c'est, c'est le choix de la femme. H : Ouais. --- H : Moi, j'ai rien lu de d'ça. F : Non non. C : Aucun pamphlet, aucun… H : Non ! C : … article.. […] H : … j'ai, j'ai, elle avait lu… F : Pis lu, pas beaucoup là. H : … pis j'absorbais pis j'disais ok, good. Et voilà, pourquoi aller contre ça ? C : Donc tu lui en parlais de ça ? F : Oui, oui ! H : Oui ! F : Ben dans l'fond. ---

			H : Ouais, tu m'en avais parlé de d'ça. F : Faque y faut, faut dire à son conjoint que c'est, c'est comme, dire que c'est correct pis que y'a pas de dangers pour le bébé. Ça disait que… H : Ça m'a aidé, mais pas, pas au niveau, pas de danger pour le bébé, je figurais que c'était… F : Ben oui. H : … que c'était naturel. Mais euh, pas de danger pour toi. --- F : Moi j'ai l'impression que tu m, tu m'as confié à ce rôle-là de vérifier si, tsé comme… non mais… H : Qu'est-ce tu veux dire ? F : … inconsciemment. Tsé, moi là, le fait que j'ai posé des questions, pis que j'ai vérifié, pis que… H : Ah… F : … tout ça ça m'appartient là ! J'veux dire, pis toi, toi tu cherchais pas à savoir pis tu sav, parce que tu savais que moi j'aurais les réponses… H : Ben parce qu'en même temps, elle a… d'un côté, elle a tout le temps plus peur que moi, faque avant même que moi j'sois rendu à avoir peur, elle a trouvé la réponse. F : C'est ça. C : Ok. H : Faque… C : Tu vois, juste ça c'est une dynamique de couple qui intéressante. Donc, ça veut dire que tu te relies un peu sur elle pour,

			pour avoir des informations, (rires de F) pis si t'arrives avec des réponses, bon, ça va. H : Pis j'ai comme beaucoup trop de réponses ! (rires de tous) C : Au moins t'en as ! (rires de tous) F : Ah, tu fais assez pitié là, j'te dis ! Magané là ! H : Des réponses à des questions que j'ai pas. (rires de tous) C : Tout en même temps. (rires de tous) Excellent. Merci !
2.1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale *(SUITE)*	2.1.2. Ressources professionnelles 2.1.2.1. Professionnels de la santé : n'abordent pas la sexualité, à moins que question posée par F	- Médecin • A dit que relations sexuelles pendant grossesse étaient correctes • N'a pas abordé la sexualité	F : Parce que vers la fin, le médecin disait que souvent normalement y devrait pas avoir de problèmes. C : Ok. C : Donc, les, les, est-ce que tes professionnels, parce que t'en as eu plusieurs là… F : Oui. C : …est-ce qu'y en a, est-ce qu'y ont abordé le sujet de la sexualité ? F : Non. H : Non. F : Non. C : Pas du tout ? F : Ben, garde, j'ai pas de souvenir. C : Ok. F : J'ai pas de souvenir… H : Non, pis les fois que j'étais là, zéro. C : Ok.

		• F n'avait pas de Q précises à poser au médecin	F : Non, toutes les fois que tu… H : Zéro là. F : Non. Non. C : Donc ni dans les cours prénataux, ni par les professionnels. --- F : Non, y'ont pas abordé ça. F : Pis j'avais pas de grossesse à risque non plus, faque j'avais pas besoin de poser des questions spécifiques au médecin là tsé. C : Ok. F : J'en ai pas posé spécifique par rapport à… H : Non. F : … par rapport à ça. F : Plus après parce que… l'épisiotomie, etc. C : Ok. F : Donc a m'a demandé comment étaient les rapports après. Puis ben, là je lui avait dit ben, c'était un peu douloureux etc. Pis elle m'avait dit ben écoute c'est à force comme de… a m'a expliqué plus physiologiquement comme que ça allait moins pire euh à force d'avoir des rapports, que ma peau allait finir par s'étirer et tout ça. C : C'est à peu près à quel moment qu'elle a abordé ça ? F : Euh à mon rendez-vous postpartum, ça

		• F a posé Q à médecin ○ à 6/8 semaines pp vs : Douleurs suite à épisiotomie → médecin a abordé brièvement plan physique → satisfaisant	faisait peut-être 8 semaines, 6, entre 6 et 8 semaines que j'avais accouché. C : Ok. Parfait. Donc elle est allée plus au niveau physique. F : Plus au niveau physique. Puis c'est ça… on n'a pas… on s'est pas étiré sur le sujet. C : Ok. F : Elle est allée vérifier tsé pour, elle m'a donné une idée de la cicatrisation, comme ça se faisait. C : Ok. Est-ce que c'était une grosse épisiotomie avec une déchirure ? F : Y'ont fait une épisiotomie avant la déchirure. C : Ok. F : Donc y'ont fait une épisiotomie à au moins 2-3e degré là. C Ok. Donc ok, elle a quand même abordé la sexualité, mais c'est resté vraiment au plan physique. F : C'est resté au plan physique, oui. […] F : C'est le rendez-vous pour moi quand j'ai eu mon pap test et tout ça, 8 semaines après. C'est pas le même rendez-vous que tu parles, là. […] C : Ok. Est-ce que ça vous a satisfait comme réponse, en fait comme informations qu'elle vous a donnés sur la sexualité ? F : Euh… moi oui, ça m'a satisfait

		○ à 6/8 semaines pp vs : Douleurs → dx de tendon étiré → suggère tylenols et y aller graduellement	F : … pis quand je suis allée à mon premier rendez-vous chez le médecin comme… post…euh… C : 6 semaines postpartum ? F : Ouais. Ça devait faire 6 semaines… H : Ouais, je pense, ouais. F : Parce que c'était le premier rendez-vous pis là j'y avais dit que j'avais de la douleur puis elle m'a examiné pis elle a trouvé que j'avais un tendon qui était… C : Ok. F : Qui était étiré ou ch'sais pas, j'm'en rappelle pas du terme médical exact là. Puis elle m'avait donné euh, en fait elle m'avait suggéré de prendre de l'Advil avant d'avoir des relations sexuelles. En fait, de, j'peux pas prendre d'Advil parce que j'allaitais là, donc de prendre du Tylenols avant d'avoir des relations sexuelles. H : Ouais. F : Pour la douleur. Mais elle m'encourageait pas à arrêter là, mais de, de juste d'y aller graduellement à cause de la douleur pis ça a pris quand même un certain temps là de…
		[même F] + Fin des longs saignements + Stérilet installé à 2 mois pp	--- F : Mais j'en ai parlé à ma médecin après, euh… C : Ok. F : Après l'accouchement en raison des douleurs là. C : Ok. F : Donc là à ce moment-là je sentais

			évidemment le besoin euh… d'avoir de l'information euh supplémentaire. Euh… C : Ok. F : Hum… C : Qui avait abordé la question… Toi parce que t'avais des douleurs ? F : Oui oui oui, parce que j'avais, j'avais des douleurs. Puis j'ai eu aussi des très très longs, c'est vrai j'avais oublié ça, les les les saignements. À un moment donné, j'avais l'impression que ça finirait jamais là ! [rires] Donc que ça c'était une autre question… C : Ok. F : Que j'avais dans ce thème-là avec lequel j'avais discuté avec la médecin. Et parce que je me suis fait installé un stérilet après deux mois, donc euh… C : Ok. F : Comme tout de suite on a planifié les rendez-vous pour euh, pour euh… Bébé devait avoir euh peut-être 10 ou 12 semaines… c'est à peu près dans cette période-là… C : Ok. F : Ouais c'est ça. Faque bref, c'est moi qui a abordé les questions parce que j'voulais un stérilet, j'avais des douleurs, euh j'voulais savoir quand est-ce que mes saignements allaient finir. C : Ok. F : Donc j'avais posé des questions euh, au moment du rendez-vous, mais j'ai pas, j'étais, j'veux dire… excellente réception.

		→ infos physiques, mais satisfaisant ○ à 6 mois pp : Douleurs	Pis on a eu tout à fait des conversations, j'ai eu une conversation avec la médecin qu'il fallait là, pas de… C : C'était satisfaisant comme information ? F : C'était satisfaisant comme information. Mais c'était très t… c'était très physique là, mais à ce moment-là c'est ça que j'avais besoin comme euh… C'était pas dans le, le volet plutôt psychologique là, c'était vraiment dans le… C : Ok. Et elle l'a pas abordé elle d'emblée ? F : J'pense pas qu'elle l'ait abordé d'emblée. J'm'en rappelle pas précisément, mais j'pense pas là… --- H : Mais elle l'a abordé quand même le sujet, elle en a parlé. Non mais avec toi, quand t'as eu ton rendez-vous pour ton stérilet… F : Ouais. H : Elle a en parlé. C'est toi qui a pris l'initiative, mais elle en a… F : Ben oui évidemment, parce qu'elle installe un stérilet pis euh… H : mmm mmm. F : Les différents enjeux… c'est des choses à discuter. Pis euh… C : Ok. F : Pis comment ça fonctionnait. Pis euh… C'est ça. F : …à 6 mois, j'ai dit à mon médecin, j'ai

		persistante + sécheresse vaginale → médecin a Dx vaginisme, même si F pas d'accord	dit r'garde, j'ai dit c'est pas normal là, j'ai dit à chaque fois que j'fais l'amour, c'est, c'est douloureux, c'est de la torture là. Parce que c'était vraiment comme serré serré là, comme si j'étais vierge là, comme. Tsé, c'était vraiment, hum, en tout cas pour moi là, c'est, pis c'était sèche aussi, c'était juste comme les conditions les, les pires là. C : Ok. F : Faque là j'y'en ai parlé. […] F : pis c'est ça, quand j'en ai parlé à mon médecin, hum, lui y disait comme quoi que… moi, je, j'ai, y'a y'a nommé quelque chose là, j'avais comme un blocage… ah, y m'a dit, y m'a dit, y m'a nommé un terme, en voulant dire, euh, comme, quasiment comme si c'était juste psychologique. C : Ok. F : Y m'a vraiment dit un mot euh… En tout cas, c'est un terme scientifique, j'avais checké là, pis, j'adhérais plus ou moins à ça. C : Ok. F : Mais j'étais pas fermée à l'idée. Mais c'est sûr sur le coup quand qu'y m'a dit c'est psychologique, j'ai dit non, c'est physique. C'est vraiment une sensation physique. C'est pas dans ma tête. Lui y le voit aussi que c'est pas pareil là, comme d'habitude là… Faque, hum, là, moi j'ai décidé, à partir… H : C'qui disait c'est que la… à, à cause

			que t'avais peur, ben là… F : …ouais… H : … ton corps y s…. F : … y se rétractait. H : … y se rétractait, par réflexe, ou quelque chose de même. F : Ouais c'est ça… C : De la dyspareunie, mais psycholgique là quand… F : Pardon ? C : De la dyspareunie. C'est quand y'a des contractions. F : Ah ok. Mais c'est, ça res, c'était pas ça, le mot. C : C'était pas ça, ok. F : Non, mais c'était… en tout cas, je sais pas, y faudrait que je… (silence) Vaginisme ! C : D'accord. F : Ouais. C : C'est des contractions… F : Ouais. C : C'est bon. F : Faque… faque là, c'est ça là, j'y dit ah ben j'ai lu là-dessus, pis là j'essayais tsé, j'essayais là, parce que j'avais lu là-dessus comme quoi y faut se détendre, faut pas se mettre de pression, faut y aller lentement, pis ça je le faisais pis ça finissait toujours par ne plus faire mal à la fin. Mais le processus pour se rendre là là, c'était décourageant… […] F : …mais là, 4, 5, 6, wo ! Aïe, ça finit pu

		• Peut-être quelqu'un a posé 1 question quelque part dans le suivi sur la sexualité	là ! --- C : Pis avec le médecin, c'est toi qui l'a abordé, parce que là, tu t'inquiétais, ça faisait longtemps… F : Ouais. Ouais ouais là, ça c'est mon médecin de famille… […] F : Mais ça aussi, ça ça a été, c'été moi là, ça c'est clairement, ça a été moi là. C : Ok. --- C : T'as posé des questions quand même à ton médecin… F : Ouais. C : … à 6 mois. F : Écoute, j'ai le goût de dire y'a peut-être une fois qu'une madame m'a demandé… H : Si ça faisait mal. F : … si ça faisait mal. H : Je sais pas, peut-être là, mais. F : J'ai le goût de dire, ça peut-être que j'ai un petit souvenir, mais r'garde ça m'a pas marqué ben ben… H : Non. F : … faque ça veut dire que, peut-être une fois y'a quelqu'un qui m'a posé une question une fois, à quelque part, pis… C : Ok. F : … j'y'ai répondu que tout allait ben, parce que c'est vrai là ! Tout allait bien ! C : Oui. (rires)

		• Priorité = bébé et santé de maman • A questionné la santé mentale des parents, surtout dépression postpartum F	F : …c'est pas vraiment leur priorité j'ai l'impression là, de savoir comment le bébé va ou la santé, vraiment y se fient à, à ça. F : Y portent souvent des questions, j'trouvais, par rapport à ma santé mentale, pis sa santé mentale. H : Oui. C : Oui. (rires) F : Ça je trouvais ça intéressant ! (rires de H) Tsé comme, y voulaient savoir sur mon background, tsé ma santé mentale pis mon background familial de santé mentale, pis même chose pour lui. Faque ça c'était, j'trouvais ça intéressant aussi, y voulaient savoir si peut-être, comme j'étais plus dép… C : Les dépressions postpartum. F : Parce qu'y veulent le prévenir. H : Ouais ouais ouais. C : C'est dans leur check-list, ça. F : J'pense qu'y sont plus, sont fortes là-dessus là ! C : Oui. F : Qui est très, très, très important, parce que je voudrais pas vivre ça, tsé. C : Ok. F : Faque… C : Pis y s'inquiètent aussi de la santé mentale de papa. F : Oui, j'trouvais. H : Oui ? F : Pis le background familial…[H : ok.] aussi comme. [C : Ok, d'accord !] [H :

			C'est pas…] Be tsé dans la famille. Ben, tsé ben, une fois le formulaire quand… H : Oui oui oui… F : Quand on est allés à Montfort la première fois là… H : Le formulaire à Monfort. C : Ok.
		• Ne sait pas si médecin aurait parlé de sexualité, car F n'est pas allée aux R-V postpartum (ne sentais pas le besoin physique)	F : Pis j'te dirais, j'vais être ben honnête avec toi, j'suis pas allée, j'ai pas fait le check-up postpartum. C : Le 6 semaines ? F : Le 6 semaines. H : Non, est même pas allée. C : Avec un médecin. F : Avec un médecin. J'l'ai pas fait parce que (rires de C) la journée, j'avais un rendez-vous, j'étais supposée y aller… H : Ouais qu'est-ce qui… F : Pis là, demande-moi pas ce qui s'est passé. Un, soit que ça me tentait pas ou qu'j'avais quelque chose d'autre cette journée-là, mais je l'ai annulé pis… H : C'était un mélange. F : … physiquement, je savais que tout était correct là là, vu que j'avais pas déchiré, j'avais pas eu de point ou rien, j'sentais pas le besoin d'avoir un check-up physique. J'pense que si j'avais déchiré pis j'avais eu des points, j'serais définitivement allée. C : Ok. F : Mais là, j'me disais vu que tout va bien, j'suis pas allée.

			C : Donc y'a jamais eu le ok officiel d'un médecin à 6 semaines qui dit « ah, vous pouvez recommencer vos relations sexuelles ». F : Non. Ça je sav… H : Non, on avait déjà commencé ! (rires du couple). C : Officiellement, le médecin, c'est sur sa check-list. H : Ah oui ? C'est sur sa check-list ? C : Ça fait 6 semaines, ok ! F : Ben l'affaire c'est que j'suis pas retournée non plus voir mon médecin de famille. (rires de tous) Parce que c'est à Hawkesbury, faque là avec le bébé, en tout cas… Mais après ça, là… H : T'es peut-être en train de mourir là ! (rires de tous) C : Oups ! (rires de tous) F : Hum… mais ça c'est mon genre de dire moi j'pense que tout va bien. Donc… j'vais pas voir le médecin là… y dirait ça, j'fais plus l'homme, comme c'est plus l'homme dans la relation qui ferait ça, non c'est moi qui le fait. H : Ouais. --- F : J'suis pas retournée voir mon médecin de famille depuis ce temps-là non plus. C : Donc y'a jamais eu la conversation sur la contraception post-natale, pis le retour des relations sexuelles. C'est ça habituellement le 6 semaines… H : Non.

		- Infirmière Santé Publique (1ère visite postpartum à la maison) • N'a pas abordé la sexualité	F : Ouais, non. C : … c'est les deux items de sexualité, c'est ça… F : Ça c'est le rendez-vous dans la même semaine pour le suivi du bébé… H : Ah c'est quand y'avait l'infirmière… ok… C : Est-ce que vous en avez parlé à ce moment-là ? H : Euh… ben me semble qu'a… F : Y parlait plus des blues à ce moment-là. C : Le baby-blues ? F : Ouais pis des dépressions. C'était plus ça qu'elle avait parlé que de sexualité. C : Vous vous rappelez peut-être qu'elle en a parlé ou c'est confus ? H : Non, r'garde, j'penserais pas… (rires des 2) F : Bon ben écoute peut-être qu'elle en a parlé… moi, j'm'en rappelle pu… --- F : Ouais. Mais elle elle aurait pu aborder la sexualité… H : Elle l'a pas fait. F : Mais elle l'a pas fait. Lors de la première visite là, là euh… C : De Santé Publique habituellement. H : Ouais. F : Ouais. Ca j'me rappelle que ça avait pas été abordé. H : Ouais. Pas du tout. --- C : C'est sur sa check-list…

			F : Ah oui ? Ah… H : Ben je cherche là, mais euh… me semble que non. Surtout dans mes souvenirs, c'est surtout des trucs de de sécurité… F : Bébé… H : Pour enfant. L'aménagement de sa chambre et tout ça. Mais, euh… Non, mais aucun souvenir d'avoir eu des questions sur la sexualité. F : Peut-être qu'y en a eu là… tsé j'veux pas… C : Mmm mmm. C'est correct. F : Mais honnêtement j'ai pas de souvenir. H : On n'a pas dit, mais j'men souviens pas. Me semble qu'y en a pas eu…
		- Visites au médecin pour bébé en postpartum • Q sur état psychologique/santé mentale de la mère	C : Est-ce qu'y aurait quelque chose aussi en postpartum que vous auriez aimé savoir au niveau de la sexualité et comment ? F : Ben je sais pas si j'aurais aimé savoir, mais on a plusieurs visites avec les bébés et tout ça chez les médecins, puis y s'informent toujours de notre état psychologique. C : Ah, ok. F : Tsé y s'informent de… C : Dépression… F : Y s'informent, y cochent si on l'air, si on se sent dépressive ou non. Ce que je trouve un peu… Êtes-vous dépressive ? non ? ça va. --- F : Est-ce que vous vous sentez… euh…

			exaspérés ? Est-ce que vous avez du temps pour vous ? A nous posait toujours quelques questions comme ça qui avaient l'air d'être dans sa liste là. C : Sa check-list. F : Ouais, c'est ça. Ça c'est vrai, a posait ces questions-là, pis a les posent encore, quand on va … H : Ouais. F : Aux rendez-vous, comme, annuels là. C : Ok. F : Mais ça c'est normal, j'vois ça comme vraiment justement… de la santé sociale, de prévenir des situations euh… pour quelqu'un pour qui ça irait pas bien.
		• Mais ne questionne pas père	F : Pis là quand elle, ben elle c'est check-up de… deux… ben les premières semaines ont eu lieu à Montfort, mais après ça, à partir de 2 semaines, 1 mois, ça a été son médecin à elle, un médecin que j'ai trouvé, faque lui il me posait des questions à moi par rapport à ma santé mentale. C : Ok. F : Ben, vite fait là, genre « comment ça va ? t'as tu de l'aide ? as-tu quelqu'un pour t'aider ? comment tu te sens ? ». H : Pis moi, au 6 mois, moi j'suis allé à son 6 mois. C : Ok. H : Aucune question. F : Non ! (rires) Mais oui, toi, voyons donc ! T'as pas besoin d'aide toi !

		• Q sur couple, mais pas sur sexualité	H : J'ai, soit j'ai l'air très bien (rires de F et C). Aucune question. C : Ok H : J'me souviens qu'elle a parlé, mais plus tard. C : Ok. F : Ouais ça elle a parlé plus tard dans les rendez-vous, c'est ça dans les rendez-vous de Bébé. C : De bébé. F : De bébé, ouais. [rires et confusion] Dans les rendez-vous de bébé. C'est vrai qu'a posait la question. H : Elle a posé la question, dans la liste… F : Dans la liste de questions à poser sur euh… H : Le développement de l'enfant pis euh… F : Le développement de l'enfant, la maison, la sécurité à la maison, pis… H : Exact. F : Pis elle nous posait souvent des questions, mais c'était pas sur la sexualité directement. C'était est-ce que votre couple va bien ? C : Ok. --- C : Mais y'en quand même des questions sur le couple. Ça c'est le médecin hein qui… F : Ouais… C'est le médecin… H : C'est le médecin… F : Ouais.

		• Pas de question sur le couple • Q sur soutien/aide pour la mère	H : Des questions sur le couple. F : C'est sur le couple… H : Ouais, sur le couple… F : C'est pas sur la sexualité, mais peut-être que quelqu'un qui a un problème à ce niveau-là peut l'exprimer à ce moment-là. H : Mais… F : Tsé si y sent euh… la réceptivité, pis si y se sent confortable, pis si y se sent en confiance. C : Pis, les questions sur la santé mentale, est-ce qu'y avait des questions sur est-ce que votre couple va bien ? Est-ce qu'y abordaient le couple… F : Le couple ? Non. --- F : Mais y'a pas parlé de non, relation, comment ça va dans ton couple, non. H : Mais euh… Mais le médecin, toi, de Casselman là, y t'as demandé si t'avais du support ou que t'avais du monde autour de toi. F : Oui, après, quand qu'est née, à chaque fois, y m'a demandé « t'as tu du support ? comment ça va ? ». Ça c'était intéressant aussi. --- C :… ou c'était vraiment soutien… F : Soutien à la maman. H : Ouais. C : That's it. F : That's it.

			C : That's it. H : Ouais. F : Pis y'abordaient vite fait aussi le comme genre, il l'a sur sa check-list, mais y'a oublié de le faire, faque vite fait à la fin, y me demande si tout est correct. La première fois ma mère était là aussi avec moi, faque y'a ben figuré que comme… H : Ah ok. F : … j'avais de l'aide là. Mais après ça y l'a demandé.
		• La sexualité n'est pas abordée	C : Mais y m'a pas parlé de sexe lui non plus. C : Non, c'est ça ? F et H : Non. C : En postpartum non plus ? F : En postpartum non plus.
		• Priorité = bébé	F : Oui, pis j'veux dire, j'étais pas là pour moi non plus. C'était pour elle. Mais j'voyais que c'était sur sa check-list de choses à vérifier aussi mais…
		- Sage-femme • F a posé Q sur douleur : sage-femme lui a montré positions, mais pour F problème = blocage psychologique	F : Mais, j'm'en rappelle que j'avais, j'avais parlé à ma sage-femme, j'y dis tsé, c'est… c'est vrai ! J'me rappelle d'une fois. T'étais-tu ? J'pense, je sais pas si t'étais là, en tout cas, pis là j'y avais dit que j'avais mal tsé pendant pis tout ça, pis là a m'avait, j'me rappelle a m'avait m, a m'avait montré une position. T'étais-tu là ? H : J'sais pas. Me souviens pas… F : En tout cas, a s'était placée pis là elle a

		• Sages-femmes = ouvertes envers sexualité ; F à l'aise de leur en parler	dit tsé ça peut être… là a m'avait montré pleins de positions. C : Ok. F : Pis j'étais comme, je sais pas si c'est tant la position qu'ça que le, le fait de... penser, de savoir… de… de… de savoir qu'y'a quelqu'un, c'est comme si on était trois. C'est… C : Ok. F : Comme dans ma tête, c'est pas… --- C : Mmm, un peu la sage-femme si je… F : Ouais, la sage-femme hum… C : Pour les positions… F : Ouais. C : Est-ce que c'est toi qui avait initié le, la discussion ? F : Est-ce que c'était euh… (silence) J'pense que c'est moi qui l'ai initié, parce que… parce que… je savais que était ouverte là à ça là, du just… Moi je parlais vraiment de tout là ! Moi j'posais beaucoup de questions tsé, pis, je, je lisais beaucoup, pis j'arrivais tout le temps pis j'avais ma liste de questions pis la sexualité, moi, j'étais vraiment à l'aise de l'aborder, pis elle aussi. À cause qu'y a deux sages-femmes, y'a une rotation de… C : Mmm mmm. F : Faque avec ces sages-femmes là, j'étais super à l'aise, là. --- F : Mais les sages-femmes tsé, eux autres, y te rencontrent, pis c'est comme, ça dure

		• Sexualité fait partie de leur suivi, mais pas en postpartum	une heure à peu près chaque rencontre. C : Mmm mmm. F : Pis… y'ont des questions, à la fin de la rencontre, y savent, y faut qu'y'ait quand même des questions de base, mais sinon le reste, euh, peut-être un bon 45 minutes que poses des questions pis qu'y te font de l'éducation, pis y t'expliquent à fond là, les choses… Pis je sais que l'aspect sexuel ça en faisait partie du suivi. Mais c'était pendant la grossesse. C : Ok. F : Mouais… Mais quelles questions exactement, quels aspects, ça je me rappelle pu là, mais je sais que la, mettons l'après–grossesse, ça, ça l'a, non, y'a rien de d'ça que… C : Ok.
		- Personne n'en a parlé	C : Parfait. Donc personne en a parlé. C'est, c'est… tiens donc, la surprise ! --- C : C'que tu disais, c'est que y'a personne dans tout ça qui t'a parlé de sexualité. --- C : Pendant vos suivis, pendant la grossesse, après la grossesse, est-ce qu'y'a un professionnel de la santé quelconque qui vous en a parlé de la sexualité ? F : Non. [hochement de tête « non » des deux »] C : Non ? Aucun ? Ni pendant vos suivis ... F : Non. H : Non.

			--- C : Ok. Donc, ni pendant la grossesse, ni dans le, les rendez-vous postpartum ? F : Mmm… Non. H : Non, pas vraiment. F : Non, pas vraiment.
2.1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale *(SUITE)*	2.1.2. Ressources professionnelles 2.1.2.2. Aucun ressource/référence donnée par professionnels	-	C : Ok. Parfait. Est-ce qu'on vous a donné des ressources ou des références par rapport à la sexualité ? F : Hum, non. --- F : … mais j'ai pas eu de ressources.
2.1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale *(SUITE)*	2.1.2. Ressources professionnelles 2.1.2.3. Cours prénataux : ont peu ou pas abordé la sexualité	- N'ont pas fait les cours • N'ont pas pu les faire ; référés aux cours en ligne, mais abandon / si prochaine grossesse, voudrait les faire, version abrégée	C : Est-ce que vous avez suivi des cours prénataux ? F et H : Non. F : Pis nous on n'a pas fait les cours prénataux. --- C : Est-ce que vous avez pas suivi de cours prénataux parce que vous êtes déménagés pendant la grossesse ? F et H : Ouais, c'est ça. [confusion] F : Quand on est venu pour s'inscrire à Ottawa, y'était trop tard. Y'avait pu de places. C : Ok. F : Faque y nous ont référé euh au site Internet où y'a des capsules. C : Oui, les cours en ligne. F : Des cours en ligne. Moi qui avait

			tellement, moi qui avait lu comme 5 livres là, pis tsé, parce que je suis comme ça de nature, ben tsé finalement les cours en ligne, c'était moins complet que les autres lectures que j'avais fait. Faque après deux-trois modules, j'ai comme euh abandonné l'affaire là. Donc parce qu'on était arrivé trop tard, on a pas pu s'inscrire pis on a pas pu faire les cours prénataux. H : Trop tôt au Québec, trop tard à Ottawa. F : Ouais, c'est ça, c'est ça. H : Mais on avait l'intention des faire. F : Ouais. On avait l'intention… H : Ouais. F : Mais finalement, on l'a pas fait ! C : Ok.
		- Question devenue « running gag » : amis qui ont suivi cours prénataux ont-ils parlé de sexualité ?	F : Mais aussi un élément déclencheur un peu coquin pour en parler c'est que ma demie-sœur qui a des bébés aussi avait fait ses cours prénataux pis avait… on avait discuté beaucoup de, du moment où y parlaient de la sexualité [H : Mmm mmm] pendant la grossesse pendant les cours prénataux. Pis nous on n'a pas fait les cours prénataux. C : Ok. F : Mais le f… c'est comme… on a discuté de ça avec d'autre monde. Est-ce que vous avez fait les cours prénataux, avez-vous ont parlé de… C : De sexualité. [H : Mmm mmm] F : De sexualité. C'est… c'est… C'est donc… ça a comme été un gag à moment

			donné, tout le monde se demandait si… donc… ça a été un déclencheur d'en parler. H : Mmm mmm.
		- Amis qui ont suivi cours et qui ont parlé de sexualité n'étaient pas prêts aux changements sexuels	H : Pis, pis aussi même avec eux qui ont suivi des cours prénataux pis qu'y avaient été, qu'y avaient été briefé si je peux dire sur euh le sujet, sur la modification de la sexualité, que ça peut entraîner d'avoir un enfant, la grossesse et tout ça, j'pense qu'y étaient euh peut-être pas prêts à faire ces ajustements-là. C : Ok. H : Pis pis euh… J'peux pas parler pour eux, mais j'pense qu'y, j'pense qu'y ont été plus frustrés de… j'connais pas l'état de la relation de couple aussi, mais euh, plus, peut-être déçu, peut-être déçu, ce serait le mot.
		- Sexualité n'a pas été abordée	F : Pis, après ça j'trouve que l'information, on va dire le bureau de santé nous a remis quand qu'on avait eu les trois sessions (rires de H) de préparation parentale là. C : Les cours prénataux ? F : Les cours prénataux. C : Ok. F : Tsé veux dire, pendant les cours prénataux, non, y'en ont pas vraiment parlé. H : Zéro ! C : Zéro ? F : Mais, c'était juste trois cours de 2 heures chaque faque tu fais pas le tour de

			grand-chose avec 6 heures, en tout cas. (rires) --- H : J'suis allé euh, ben j'suis allé au cours, j'en ai manqué 1 que j'avais une réunion, en tout cas, mais euh… --- C : Donc ni dans les cours prénataux, ni par les professionnels. F : Ben dans les cours prénataux, des trois madames qu'on a eu… H : Non ! F : Non ! H : Non. F : Même pas ! --- F : Faque en tout cas j'trouve que en général, préparation que ce soit sexualité et pis tout, c'était pas super. --- C : Ok. Est-ce que vous avez suivi des cours prénataux ? F : Ouais. M : Mmm. C : Ouais ? Est-ce qu'y ont abordé la sexualité, dans les cours prénataux ? H : J'me souviens pas. C : Toi tu dis non [signe de tête de F], toi tu t'en souviens pas. F : Non. H : Mmm… j'pense pas. C : Ok. --- H : Oui, c'est vrai, et puis y'a eu les hum,

			les séances comme de préparation à l'accouchement. C : Ok. H : La sexualité n'a pas vraiment été abordée. F : Non, ils n'en ont même pas parlé. H : Ça n'a pas été abordé du tout. C : Est-ce que c'était des cours prénataux ou c'était les… H : Oui. C : Oui ? F : Oui. C : Avec euh, santé publique ou euh… H : C'était la ville qui proposait ça. C : Ok. Vous en avez fait combien ? H : C'était 2 ou 3… F : Non, c'était 4. H : Ok. F : 4 cours. C : Ok. Donc, eux autres non plus, absolument rien sur la sexualité. F : Non non. H : Non.
		- Remise d'un dépliant sur la sexualité [voir section « Sources d'infos – Lecture »]	
		- Pas portée à poser une question sur la sexualité	F : Ben, non plus, ça aurait pas été une question qu'j'aurais, ben j'pense… ben… vu que j'étais déjà au courant, j'aurais pas posé la question pis… H : Ouais. C : Ok.
		- Personnes présentes : ont l'air trop renseignés ou trop gênés de parler	H : Mais tsé… ouais, on était 9 couples dans ces cours-là à peu près ? Y'a pas un couple que j, qu'y aurait posé la question

		de sexualité	non plus. C : Pourquoi ? F : Y'avait tout l'air comme du monde qui était déjà comme renseigné. H : Non, moi, moi j'aurais pas dit ça. F : Non ? Ah ! H : Moi j'aurais dit le contraire : trop gênés, trop euh, j'suis ici là mais… F : Ouais, non, mais c'est vrai que tu te poses pas ce genre, ben… H : … c'est bizarre, y'a ben du monde ici euh… j'veux tu poser cette question-là, j'vais avoir l'air de quoi ? F : Ah ouais ? C : Toi tu feelais que les gens étaient inconfortables, y'auraient pas posé ces questions-là en groupe. H : Les gars tu savais, y'avait de l'humour qui sortait bizarre (rires de F) parce qu'y'étaient tellement inconfortable, y faisaient des jokes…
		- Pas une atmosphère de partage/gêne	F : Ben j'trouvais qu'en général les cours prénataux c'était pas une atmosphère, ça l'a pas été, c'était pas une atmosphère de partage. H : Non. C : Ok, en partant. F : Non, non, non… c'était pas euh… c'était pas chaleureux, comme, (rires de h), c'était très stoïque et comme euh j'ai une présentation… H : C'était power point là. F : C'était power point.

			C : On passe de l'information. F : On passe de l'information. H : Oh oui. F : Pis euh… H : Avez-vous des questions ? Non. F : C'est ça, en tout cas. H : Y'en a un qui a posé une question là… F : En général là…
		- Pas d'évaluations des cours	F : C'est drôle parce que souvent quand tu vas à différentes choses dans la vie, en tout cas en tant que, que, professionnelle, tsé, souvent, on écrit des évaluations, hein après que t'aies eu une formation, on écrit toujours… C : Mmm mmm. F : Mais après ces maudits cours-là, y'en a pas eu d'évaluations ! (rires de H) C : Ah non ? F : Oui. C : Ok. F : Ce qui m'étonne du bureau de santé. C : C'était des cours où exactement ? F : C'est le bureau de santé, le bureau de l'est. H : De l'est. C : De l'est, ouais. F : Faque c'était le bureau, pis on est allé à (???) à Casselman là. C : Ok. F : Ça m'étonne énormément ! C : Habituellement, ils les évaluent quand même, ils veulent du feed-back.

		- Erreur d'une infirmière devenue running-gag	F : Une chose entre toi pis moi, qui est un gag entre mes amies et moi, c'est que y'a une des infirmières qui a dit que quand les bébés y naissent, y'ont pas d'os. Y sont mous ! H : Ben… F : Y sont plus flexibles, y'ont pas d'os. C : Y'ont pas d'os… F : Elle a sorti ça d'même. Pis là, personne a réagi, parce que j'pense que personne est comme, tsé tu, tsé t'es là pis t'écoutes, t'es comme un peu plate, mais moi dans le fond, j'étais comme… C : Y'ont pas d'os… F : J'comprenais c'qu'a voulait dire… C : Moi aussi mais non… F : Tu l'comprends ! C : Tu dis pas ça ! F : Tu dis pas ça ! (rires de tous) En tout cas ! C'est un running gag là dans mon, parce que…
		- En ligne : à questionner (perd H ; niveau de littératie)	F : Mais je sais qu'à Ottawa, même, y'en ont même pas de cours comme ça, tu vas en ligne hein ? C : Y sont maintenant en ligne. F : Faque ça devrait être encore plus poche ! H : Ben voyons donc ! F : Oui oui, c'est en ligne maintenant ! C : C'est des modules… F : C'est des modules ! C : … sur internet, pis… F : Y'ont pu d'argent pour faire ça !

			H : Oublie le gars là, tu viens de perdre l'homme là ! Y'a pas un homme qui veut lire rien ! F : Non mais pour ceux qui sont comme pas nécessairement bien éduqués… C : Pis en plus, le, la matière est quand même d'un niveau… F : Oui, ça doit ! C : … littéraire un peu plus avancé, donc euh. F : Faque j'te dirais euh non, y'a pas eu… H : Non.
2.1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale *(SUITE)*	2.1.2. Ressources professionnelles 2.1.2.4. Personne n'a suivi de cours postnataux	-	C : Est-ce que vous avez suivi des cours postpartum ou vous avez… F : Non. C : … postnataux en fait. --- C : Est-ce que vous avez suivi des cours postnataux ? F : Ah non… À la maison de naissance y'en donnent pas. J'savais même pas que ça existait. H : Non. F : Ah ok. C : Ok. Faque non plus. Ok. F : Le CLSC euh… peut-être si j'aurais été suivie avec un médecin comme normal là, mais là en, en maison de naissance… C : Plus de chances avec la maison de naissance... (rires) F : Ah oui ! C : … de parler de sexualité. Tout à fait. F : Ah, ok. En tout cas… Non… Moi, y

			m'en ont pas offerts. J'sa, j'savais pas que ça existait. C : Ok.
2.1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale *(SUITE)*	2.1.3. Ressources littéraires 2.1.3.1. Internet : pas toujours une bonne source	- Ont cherché sur Internet ○ Lu des recherches sur internet	F : Mais après quelques mois on a fait des recherches sur Internet… --- Donc quand vous avez cherché sur l'allaitement et la sexualité, où avez-vous cherché en fait? F : Google. (rires) J'ai tapé allaitement sexualité. Y'avait plusieurs recherches, euh… C : Ok. F : Que j'ai lues. Je suis allée vers les plus faciles à comprendre. C : Ok. F : C'est vraiment comme ça. C : Tout simplement. --- C : Est-ce que vous avez regardé sur Internet ? F : Oui. Moi oui. Beaucoup ! H : Plus toi que moi. F : Oui. [rires] --- H : … ben je suis allé sur euh Internet, principalement, pour consulter et puis voir des euh, des ouvrages qui avaient été écrits sur euh, sur le sujet…
		- Forums et blogs : mauvaises sources • non satisfaisants	F : Internet, mais à un moment donné j'ai comme arrêté Internet parce que euh… C : Parce que ?

		• ont toutes histoires différentes • parfois étonnant • questionne véracité • informations contradictoires	F : Ben y faut savoir, y faut connaître les sites, parce que… j'étais tannée un peu des blogs… Mais c'est pas… Encore là, ça ça c'est pas nécessairement en lien avec la sexualité. J'me rappelle pas avoir fait de recherches précises sur la sexualité. Mais tsé les informations de blogs, de tout le monde se répond pis se donnent de l'information, pis tout ça. --- F : Tsé, j'lisais dans les forums là, sur Facebook, de mamans là, pis là je lisais que y'en avait que un mois après, ils l'ont fait. J'étais « wow, un mois ! Ayoye ! » J'saignais encore moi après un mois. En tout cas, y'en a ça a l'air que ça dérange pas là, mais de faire ça pendant qu'y saignent mais là non, pas moi là. Mais… hum… --- C : Donc, pis t'a dit que t'es allée voir sur les forums, sur Internet. F : Ouais. --- F : parce que tsé des forums à un moment donné là… C : C'est des forums. F : C'est des forums. Toutes les femmes ont des histoires différentes… --- C : Où est-ce que t'es allée cherché ? F : J'ai essayé de recherché sur… sur internet, comme tout le monde. C : Oui. Et qu'est-ce que ça a donné ?

			F : Mais j'ai pas… C : Et qu'est-ce que ça a donné ? F : … non, c'est souvent des gens qui racontent leur vie, donc c'était pas vraiment, c'est pas comme si je pouvais écrire et puis poser la question. C'est surtout des, je suis tombée sur tout de suite des forums… C : Mmm mmm. F : … où chacun racontait son vécu, comment c'était et tout. Mais des fois je me demande si c'est vrai. C : Ok. F : Parce que n'importe qui peut écrire ce qu'il veut. Maintenant reste à savoir si vraiment c'est ça. --- F : Ça aussi j'ai regardé sur Internet. C : Est-ce que les informations se contredisaient ? Yu disais que tu avais des sources d'un peu partout... F : Oui oui. Des fois, d'autres, y'a d'autres qui écrivent dans le forum qu'il faut attendre 6 mois. C : Mmm mmm. F : D'autres disent 3 mois, d'autres c'est 2 mois, donc. Du coup, je ne savais pas. C : Ok. Ok, donc t'es allée chercher des informations sur Internet. Est-ce que t'es allée chercher des informations ailleurs ? F : Non. C : Non, juste internet. --- H :… donc sur des forums, où tu t'es dit

			que, d'ailleurs même, est-ce que c'est vrai tout c'que… (rires de H et C) … chacun sort une version différente… --- H : Non parce que mine de rien, oui, c'est ça, c'est… comme… elle est allée sur des forums ! (rire léger de C) Elle a lu des choses. Je suis allée sur des sites, j'ai lu des choses. Mais le fait est que comment moi, en ayant lu sur des sites, j'peux lui enlever de la peur. C'est ce que elle elle a vu sur les forums que les gens partagent… C : Les forums… H : … c'est pas bon ! Donc c'est pour ça qu'c'est… --- C : Pis, dans la question sur les forums, hum, est-ce que les choses se contredisent ? Comment vous vous êtes sentie dans, dans, au milieu des forums ? F : Des fois ça se contredit complètement. C : Ok. F : Parce que des fois quelqu'un peut écrire son expérience, des trucs comme ça. C : Mmm mmm. F : Et puis bon ben… parce que… je sais, un peu à la fin de grossesse, j'avais quand même un peu peur. C : Ok. F : Et là, j'avais lu une fois, y'a une dame qui disait que vers la fin... C : Mmm mmm. F : … il faut éviter au maximum d'avoir des rapports sexuels, sinon ça provoque

			l'accouchement pour toi. Mais deux disent que si tu voulais accoucher plutôt que la date prévue, il fallait beaucoup beaucoup beaucoup de sexe… C : Mmm mmm. F : … tous les jours du sexe et ça déclenchait l'accouchement.
		- A ciblé quelques bons sites - Doit être critique et filtrer l'information	F : Pis à un moment donné j'ai comme ciblé quelques sites avec lesquels je me sentais confortable, pis là… tsé si je voulais aller voir quelque chose… Pis c'est encore les mêmes sites que je vais voir aujourd'hui. C : Ok. F : Mais… C'est pas euh… Tout était pas, toute l'information sur Internet, parce que j'pense que j'étais un peu critique pis euh, pis des fois je me sentais pas euh rassurée par rapport à cette information-là. --- F : Dans le fond j'pense qu'Internet est un outil que j'aime, que je fréquente, mais euh… tsé faut que je sois certaine de la qualité de l'information. Parce qu'à un moment donné aussi tu deviens comme euh, tsé parce qu'à chaque fois que t'écris quelque chose, ton enfant a la leucémie là faque… [rires] Faque à un moment donné j'suis comme devenue aussi un peu critique avec Internet. Enceinte, t'es toujours en train d'accoucher là, quand tu vas sur Internet.

		- Doit trouver les bons sites	H : Y'a fallu trouver des ressources… F : y'a fallu trouver quelques bons sites. H : On nous les a pas donnés. F : Ouais, c'est vrai. Pis quand on les a trouvé, après ça… C : Ça va bien.
		- F n'a pas cherché sur Internet pour sexualité	C : Internet ? Non ? F : Pas pour sexualité. C : Ok. F : Non. Pour autre chose, oui, mais…
		- N'a pas trouvé de bons sites	F : Ouais, mais je suis pas tombée dessus. H : Si y'existe là. --- F : Par exemple sur la sexualité périnatale et tout ça, que j'pourrais fréquenter, ben j'l'aurais fait tsé. --- F : … je… j'ai jamais trouvé cette assos, l'association entre tout ce que je viens de dire, ça je l'ai, j'ai pas trouvé de sites internet scientifiques au point où je pouvais croire…
		- H est allé voir sites de santé avec informations de médecins/gynécos, car meilleure perception → satisfaction	H : Et puis euh, non, j'ai pas lu sur des forums, je suis plus allé sur des sites en fait qui sont un peu plus euh, des sites de, de santé. C : Ok. H : Où euh, ben ça donne l'impression que plus les articles, les informations sont fournies en fait par des médecins ou des gynécologues, ce genre de choses, donc.

			C : Ok. Impressions sur ça ? H : Euh, ben généralement, comme j'avais plutôt une bonne perception au départ de ces différents sites, ça faque j'ai eu plus tendance à penser effectivement que euh c'était de la bonne information. C : Ok. H : Euh, donc c'est pour ça que euh… j'étais satisfait de l'information que j'ai obtenue. C : Ok. H : Mmm.
2.1. Sources variées d'informations sur la sexualité périnatale *(SUITE)*	2.1.3. Ressources littéraires 2.1.3.2. Lectures diverses, parfois rassurantes, parfois inquiétantes	- Lecture	H : … Pis c'est ça, les lectures faites sur l'allaitement pis tout ça… --- F : Faut comprendre qu'on est deux personnes qui euh font des études et qui s'informent. Et qui lisent. Tsé c'est… H : Ouais. C : Mmm mmm. F : Moi, euh, c'est vrai que c'est beaucoup à travers, ben pas juste les livres, les dépliants, les trucs comme ça. C : Ok. --- H : C'est pour ça que j'ai eu besoin peut-être de lire là-dessus…[car personne n'en parle] --- F : Moi j'ai tellement lu là-dessus… --- F : Pis j'ai dit, je le sais que, parce que j'avais lu là-dessus, que après

			l'accouchement, surtout si t'as eu, tsé moi j'ai, j'ai déchiré. --- F : Mais là j'ai comme lu là-dessus, j'ai pas trouvé grand chose là, mais en tout cas. J'ai lu… --- F : … pis, je, je lisais beaucoup…
		- Livres	F : Moi qui avait tellement, moi qui avait lu comme 5 livres là… --- F : Mais y'a une autre chose. Y'a la communication mais y'a le fait que j'ai lu sur le sujet à travers différents livres ou différents, euh, différentes choses là. Le livre d'Isabelle Brabant entre autres. C : Ok. Ouais. F : Ce genre de trucs-là. Donc. --- H : … et évidemment tout ce que j'ai consulté, tous les livres qu'on, que j'ai lu abordent, ont abordé des chapitres sur la sexualité, j'les ai lus. C : Ok. --- C : Donc vous avez cherché les informations dans les livres… H : Dans les livres…
		- Guide « Mieux Vivre » du Québec : meilleur que guide ontarien comandité par Nestlé	H : Non ce que je voulais dire c'est que comme euh ma conjointe a commencé sa grossesse euh au Québec, on a eu accès rapidement au Québec au livre que j'oublie

			le nom… F : Le Mieux-Vivre. H : Le Mieux-Vivre… C : Oui ! H : Avec votre enfant qui euh, qui est assez extraordinaire. F : Beaucoup mieux fait que ce qu'ils donnent en Ontario. H : C'est ce que, c'est à ce que je voulais en arriver parce que les guides qu'on a eu commandités par Nestlé, je pense… F : Ouais. H : Y'étaient pas euh… C : Complets ? H : Non. F : À Montfort… Non parce que c'est ça donc au Québec y te donne dès, j'sais pas trop, la première prise de sang. H : C'est ça, dès à 3 mois. F : Le le… Le Mieux-Vivre… H : Ouais ouais… F : Donc on l'avait. J'ai pas lu que ça, mais… entre autres, celui-là est très bien fait là. C : Mmm mmm. F : Pis après ça on est arrivé en Ontario là. À Montfort y nous ont donné un guide commandité par Nestlé, tsé en partant euh… H : Ouais. F : Bon moi, j'étais un peu critique de là… H : Après l'accouchement. Non, c'était avant… F : Non, c'était avant, par exemple, c'était

			très tard, c'était dans les dernières semaines avant… H : Ouais. C : Ok. F : Avant l'accouchement là. C'était comme dans les derniers deux, tsé un document qu'y te donnait, euh… H : Nous autres on a trouvé l'accès à l'information beaucoup plus facile au Québec que ce qu'on a eu en Ontario. C : Ok. F : Ouais. C : Ok. F : Mais là en même temps tsé c'est qu'on bon, j'ai pas fait tout ma grossesse ici, faque que peut-être si j'l'avais commencée, j'aurais été pris en charge par une infirmière pis j'aurai vu euh... tsé j'aurai eu euh… H : L'équivalent, par exemple. F : L'équivalent. Mais là c'est ça, c'est comme on a eu une demie expérience euh… C : Mais c'est, c'est, un bon point de comparaison. H : Ben c'est ça. C : C'est intéressant. F : Ouais. C : Ok. Parfait.
		- Magazines	C : Est-ce que vous avez ressenti le besoin d'aller chercher des informations sur la sexualité pendant la grossesse ou après la grossesse ?

		- Dépliants/brochures

			C : Ok. F : … pour pendant la grossesse. C : Ok. F : Comme… j'avais pas d'autres questions, j'trouve que c'était quand même, tsé, c'était quand même, pis y'avait pas des grandes explications, mais c'qui avait comme explications… C : C'était assez. F : … c'était suffisant. C : Ok. F : C'est sûr qu'avoir eu des questions précises… j'en avais pas ou on en avait pas. --- Donc c'était juste assez d'information pour… H : Mais… F : … nous dire que c'était correct.
		- Journal - Articles - La lecture peut rassurer/réconforter • Enlève peurs	F : Ouais pis j'avais lu dans le journal là F : Pis y faut dire que moi, je suis du type à m'informer beaucoup là. C : Ok. F : Donc j'ai lu beaucoup pendant la grossesse pis tout ça donc j'avais pas de crainte euh. Je sais qu'y en a qui vont se limiter parce qu'y ont peur euh… euh… par exemple au début de la grossesse, ou ce genre de choses-là. C : Ok F : Mais moi en lisant, ça m'avait comme réconfortée un peu dans, dans…

		• Répond aux questions - La lecture peut faire peur : • article sur couple qui poursuit pour perte de plaisir → F a eu peur et pensé que pouvait être son cas pendant 6 mois	--- F : Tsé y'en a qui, qu'y ont peur de faire mal au bébé. Moi j'ai tellement lu là-dessus que garde, je le sais là que c'est pas grave là. H : Mmm mmm. F : Euh… ça c'est pas… H : … parce que tsé on anticipe beaucoup, mais on sait pas ce que c'est, pis en lisant, ça répond à quelques-unes des questions… F : Ouais pis j'avais lu dans le journal là, pis c'était vrai là, y'avait un couple qui faisait une poursuite, je sais pas si tu te rappelles, en tout cas, y poursuivaient l'hôpital ou le, le médecin, parce que y'avait eu une perte de jouissance après… Ça te dit tu quelque chose ? C : (rires) Oui. F : Là j'ai eu tellement peur, en lisant ça comme ! C'est comme si y'avait des séquelles là, le gars-là, y pouvait pu avoir de sexe avec sa blonde là, pis là elle avait pu de jouissance pis là tout ça. Faque à cause qu'y'avaient pas eu une bonne hum… J'pense, me semble que c'est à cause que y'avait eu une déchirure pis ça l'avait pas été recousu comme il faut là, quelque chose de même. C : Ok. F : Pis là, y'actionnaient là le médecin là, à cause de ça, perte de jouissance, quelque chose de même.

			C : Mmm mmm. F : Pis là j'étais là, « ayoye d'un coup que c'est moi ça ! », tsé ! […] F : Moi j'ai été inquiète quand même les 6 premiers mois là ! Parce que oui hum… (silence) Euh je me le suis pas fait dire pendant que j'étais enceinte ! Pis même que tsé hum, je le savais que y'avait une part qui était normale là, je suis pas quand même là, j'veux dire, y'a quand même… 10 centim ! Tsé, jveux dire ! (rires de C) Là, y press… Naturellement c'est normal d'avoir de la douleur, ça je m'y attendais, mais c'est la, c'est ce que, c'est, c'est la durée. Tsé disons que 2-3 mois, j'aurais trouvé ça normal, mais là, 4, 5, 6, wo ! Aïe, ça finit pu là ! J'pense qu'y aurait pas fallu que je lise cet article là dans le journal. (rires de C) Ça m'a comme troublée là ! H : Mmm. […] F : Pis j'avais lu que même qu'y'en a qui retrouvent jamais ça. C : Mmm mmm. F : J'étais là « oh my god, si y faut que ça soit ça moi, pourquoi j'ai eu un enfant ? » Tsé… je… je le regrette pas là, je, je l'aurais fait pareil, mais c'est une grosse… un gros pensez-y bien, j'veux dire de pu avoir de plaisir, de tout le temps avoir mal quand tu fais ça, jusqu'à la fin de tes jours. Ben, ça aurait pas joué dans balance, j'en aurais pu pareil, mais c…

2.2. Peu ou pas d'informations disponibles sur la sexualité, encore moins pour les pères	2.2.1. Manque d'informations 2.2.1.1. Peu ou pas d'information	-	C : Donc vraiment, aucune information pendant la grossesse sur l'effet de la sexualité. Vous partiez à 0. F : Non. Pis pour la sexualité, non, on n'en avait pas. --- F : Pis j'trouvais que comme, tsé y'avait pas énormément d'informations disponibles non plus…
2.2. Peu ou pas d'informations disponibles sur la sexualité, encore moins pour les pères *(SUITE)*	2.2.1. Manque d'informations 2.2.1.2. Encore moins d'informations pour les pères	- Pas de ressources pour les pères - Focus sur F	H : Mmm. Mais si je peux compléter aussi moi, peut-être parce qu'on a pas eu de cours prénataux, moi j'ai pas eu accès à cette information-là. Y'a jamais personne à qui, officiellement, mis à part les amis pis mon père, qu'on a en parlé. Avec le médecin, le sujet était abordé, à travers les questions qu'elle posait, à travers sa check-list, mais sinon, non, on n'a… C'est pour ça que j'ai eu besoin peut-être de lire là-dessus pis de, qu'on s'en parle parce que, parce que j'ai pas eu du tout de ressources en tant que père. C : Ok. H : Mais en fait… F : En fait l'affaire c'est que tsé c'est la mère qui est prise en charge physiquement tsé… H : Mmm mmm. F : C'est pas le père là. H : Mmm mmm. F : Faque nécessairement c'est comme…

		- Moins de ressources pour les pères - Peut-être proportionnel au besoin, et H ont moins de Q que F	C : Ok. Donc un peu moins de ressources pour papa… F : Ouais. H : Tout à fait. C : Un peu plus accessible pour maman. H : Y'a fallu que j'aille les chercher, pour moi en tout cas. F : Mmm mmm. C'est sûr. --- C : Est-ce que tu penses que y'a, au, y'a des informations qui sont disponibles aux pères quand même ? Parce que les mères, on, on peut en trouver, y'a comme des millions de livres sur maman est enceinte et, mais pour les pères, crois-tu qu'il y a une équivalent ou y'a un manque là-dedans ? H : Ben moi je pense qu'y'en a beaucoup moins, mais en même temps, euh… c'est les femmes qui se posent mille et une questions. F : Ouais, mais l'intérêt de l'homme, est-ce qu'il est là tsé ? H : Plus que les gars là… C : Ok. H : J'imagine qu'il y a quelque chose quelque part, mais c'est peut-être proportionnel au, au besoin. C : Ok. H : Je sais pas. --- C : Pour les mamans, est-ce qu'y'en a un peu plus de l'information ou… ? (rires de F) Ok, je parle d'information ! (rires de C)

		- Seule information sur sexualité : H peut se sentir mal pendant pénétration → a aidé H	F : Ben je dirais oui. C : Ok. Parfait. C : Pis euh, dans le peu d'informations que t'as regardé sur la sexualité, est-ce qui avait des informations sur le papa ? Ou c'était… H : Moi… F : Ben la seule chose que j'me rappelle c'est qu'y disait peut-être que votre conjoint va se sentir mal à l'aise, euh… au niveau de la pénétration, parce que il sait pas si c'est correct ou non. H : Ouais, tu m'en avais parlé de d'ça. F : Faque y faut, faut dire à son conjoint que c'est, c'est comme, dire que c'est correct pis que y'a pas de dangers pour le bébé. Ça disait que… H : Ça m'a aidé, mais pas, pas au niveau, pas de danger pour le bébé, je figurais que c'était… F : Ben oui. H : … que c'était naturel. Mais euh, pas de danger pour toi. F : Ah ! C : Ah ! Ok. --- F : Faque j'veux dire que c'est la seule chose que j'ai vue par rapport… C : Sur les papas… F : Sur les papas. C'est ça. C : Ok. F : Que eux autres peuvent être mal à l'aise. À certains moments de la grossesse.

		- H aurait aimé avoir infos sur pères pour être rassuré	C : Pis toi ça t'as, le fait qu'elle t'ait apporté cette information-là… H : Oui. C : … ça t'as vraiment rassuré. H : Oui. C : Ok. Au moins y'avait une ligne sur les papas ! C'est bon ! (rires) F : Ah oui ! Oui ! H : Ouais, à part ça là… Tsé, si t'avais pas, t'avais rien voulu pendant 7 mois, j'aurais aimé qu'il y ait une ligne sur les papas. (rires de tous) C : Au moins ! H : Tsé comme, c'est normal, ou c'est ça, ou essaie de changer ce désir en d'autre chose, fais-y à souper, je sais pas trop là ! (rires de tous)
		- Peu d'informations dans les magasines	H : Ben peut-être que dans les magazines… F : Y'a pas grand-chose là-dessus ! H : …Men's magazine… y'a peut-être des lignes là-dessus ! Non… no way ! Mais non… (rires de tous) Peut-être… ouais… un peu d'information…
		- Rien dans newsletters électroniques pour papas	F : Mais tsé, le newsletter que tu recevais une fois par… H : Oui ! F : Y'avait tu de l'information là-dessus là ? Parce que je l'avais abonné à une… H : Oui. F : … tsé là…

			H : J'me souviens pas… F : … à chaque mois, y recevait comme… ben… H : Father… F : Father… H :… Daddy quelque chose… F : … daddy quelque chose. C : Ok. F : …là…. H : Oui oui oui. F : Pis une fois par mois tu recevais un courriel… H : Oui oui oui. F : …qui disait où bébé, qu'est-ce qui se passait dans la grossesse. C : La progression. H : Oui, j'avais le, l'information sur le bébé, sur la maman… F : Mais y'avait… H : … puis… I guess y'avait… C : Papa ? H : … un peu moi… qu'est-ce que… F : Oui ! H : Oui oui ! F : Y'avait tu quelque chose sexualité ? Te rappelles-tu ?... C'était juste une fois par mois là… H : Non, c'est un site où tu pouvais t'abonner pis payer pour avoir le gros lot là, faque c'était juste des snap shots là… F : Ah… H : Mais c'était l'fun, parce que ça disait « tu devrais te sentir un peu de même », pis a disait « oui oui ». (rires des 2) Tsé rendu

			à peu près là là, j'comprends ton comportement, oui oui. Mais ça, ça l'a aidé. C : Ok. H : Au niveau de à quoi s'attendre à chaque mois de grossesse. Pis là j'en ai reçu un, c'est bizarre, ça a tout arrêté, j'en ai reçu un à 8 mois. F : Ah ! H : De naissance. F : De naissance ! C : Mhh… H : Pis là c'était ben là ton enfant va commencer à faire ci, ben j'ai dit, so, all right. F : C'est allé dans le junk mail. H : Ah ! Sont peut-être tout là ! F : Oui ! Y sont peut-être tout là ! H : Et pis y'avait un autre, maman va se sentir de même, ça dépend, pis là ton enfant quand, va commencer à être bizarre quand tu vas quitter la salle, va peut-être pleurer, pis ça s'en vient à 8 mois là ! C : L'angoisse de séparation. H : Oui. C : Ça s'en vient à grand pas ! (rires) H : J'les ai tous lus ces courriels là, c'était intéressant, mais sexualité… F : Non. H : Non. C : Même pas. H : Non. F : C'est vrai, hein ? C : Excellent.

		- Est allé voir sites avec informations d'associations/d'organismes pour adoption des gais qui ont sources fiables	C : Parfait… Hum… Je con, je, je vous pose une question à vous en particulier. Euh, vous avez regardé des sites sur Internet et tout ça. H : Mmm mmm. C : Est-ce que vous avez croisé des références pour les papas ? (rire léger) H : Ah ! Ben en fait, j'en ai croisé mais je… ça me vient pas en tête là… C : Ok. H : Je sais en fait, généralement quand je vais sur le, sur l'Internet pour pouvoir trouver des euh, des ressources, donc en fait en français. C : Mmm mmm. H : Hum… Je vais plus me référer à des sites donc en France. C : Ok. H : Et donc oui, y'a certaines hum… y'a certaines hum, puisque en fait y'a des, surtout aussi sur le hum… puisque maintenant y'a aussi le… contexte où y'a pleins de euh, de gais donc qui veulent adopter. C : Mmm mmm. H : Donc ça fait que généralement ils ont pleins d'associations qui leur fournissent des ressources. Et donc il va y avoir donc de l'information pour les futurs pères donc qui sont fournies donc par des euh, des professionnels et tout ça qui travaillent en collaboration avec eux. Donc ça fait que c'est plus facile de ce côté-là, par exemple.

			de trouver de l'information en français et qui va venir de sources qui sont assez fiables, puisque donc généralement les euh, ben y'a certains sites en fait qui proposent une information où euh c'est pas mal, euh, crédible parce qu'à la f, tu sais toujours c'est quel médecin et tout ça qui ont écrit. C : Ok. H : Ah donc généralement, ça… C : Ok. Donc passer par des assos, des organismes… H : Oui. C : Ok. Parfait.
		- Il y a des ressources pour les pères, mais il faut chercher et filtrer	C : À votre avis, est-ce qu'y'en, est-ce qu'y'en a des informations sur la sexualité des pères en tant que tel ou… ? H : Ah, je pense que oui, y'en a. C : Ok. H : C'est juste qu'il faut pouvoir prendre le temps de fouiller. C : De bien filtrer, comme vous avez dit. H : Oui. C : Ok.
2.2. Peu ou pas d'informations disponibles sur la sexualité ; encore moins pour les pères *(SUITE)*	2.2.2. Qualité des informations 2.2.2.1. Informations partagées, mais ne sait pas qui croire	-	F : Parce que y'a beaucoup, y'a ce que les parents nous disent. C : Mmm mmm. F : Y'a ce que les vieilles tantes nous disent. (rires de C) Y'a ce que la science dit. Et donc, c'était quand même beaucoup de choses, donc je savais pas forcément qui croire…

2.2. Peu ou pas d'informations disponibles sur la sexualité, encore moins pour les pères *(SUITE)*	2.2.2. Qualité des informations 2.2.2.2. Toujours même information : sécuritaire et même recommandé	-	F : … tite section sur la sexualité… H : Ok. C : Ok. F : … qui fait juste dire ben dans le fond, c'est votre choix, euh… tsé vous êtes à l'aise ou non pour avoir des relations, tsé ça dit, c'est, c'est sécuritaire, pis c'est votre choix d'avoir des relations. --- F : … j'trouve que, que l'information c'était toujours la même. Comme… C : Ok. F : … c'est sécuritaire… H : Ouais. F : … tu f'ras pas mal au bébé. H : Oui oui oui. F : Donc, c'est correct, c'est même recommandé, tsé comme c'est même, j'trouve que l'information encour, ben encourage, y disent pas « go for it ! », mais j'veux dire… H : Ben… ça devrait ! F : Ben quasiment là, j'veux dire…
2.2. Peu ou pas d'informations disponibles sur la sexualité, encore moins pour les pères *(SUITE)*	2.2.2. Qualité des informations 2.2.2.3. Information disponible, mais demande temps pour trouver et filtrer	-	H : … on a accès à beaucoup d'informations, on est pas capable de la filtrer…
2.3. Langue des suivis	2.3.1. Suivi francophone	- suivi au Québec, car y a déjà travaillé, donc plus à l'aise	C : Ok. Est-ce que la langue a été un obstacle pour parler de sexualité ? F : Euh non, parce que moi, mes suivis

	2.3.1.1. Les couples ont eu un suivi francophone, à part un	- suivi francophone	sont au Québec. C : Ok F : Donc j'ai eu des suivis, des suivis avec des médecins francophones. C : Ok F : Donc euh j'ai pas eu vraiment de difficulté. C : Ok. Pourquoi le Québec ? F : Parce que je suis une ancienne infirmière de périnatalité à Gatineau. (rires) C : Ok. F : Donc c'est pour ça que je connais le, je connais le personnel, je connais le département, tout ça. Donc euh… les médecins… Donc c'était plus facile pour moi de continuer là-bas même si j'étais déménagée en Ontario parce que je me sens plus à l'aise avec des procédures que je connais. C : Ok. Donc c'est vraiment une question de … F : De confort, d'anxiété, de gestion d'anxiété. Juste ça ! (rires) C : C'est une très bonne raison ! F : Oui ! (rires) C : Ok. Parfait. Hum… Est-ce que la langue a été un obstacle ? Là je sais que vous avez eu une partie du suivi au Québec, une partie en Ontario… F : Ben… je sais pas… J'peux… Je suis arrivée ici à 24 semaines. H : Mmm mmm.

			C : Mmm mmm. En plein milieu. F : Ouais c'est vraiment, c'est vraiment en plein milieu. Euh… Ben… Non, notre médecin de famille est francophone. Donc ça c'est… C : Ok. F : Euh… Ça a toujours été… Pis le médecin accoucheur était francophone. Pis comme j'ai accouché à Montfort… H : T'as accouché à Montfort… F : On a eu le, du staff, euh… francophone… H : Mmm mmm. C : Ok. --- C : Si le sujet avait été abordé, là je sais que tu as été suivie à Hawkesbury pis à Montfort. F : Oui. C : Hum… est-ce que tous les professionnels que tu as rencontrés étaient francophones ? F : Oui ! C : Oui. --- F : Hum, oui c'était tout en français. C : Ok. F : Oui. --- C : Faque vous l'avez dem, est-ce que vous avez dû le demander ? F : Même pas eu be… même pas eu besoin comme… H : Non, on est tout le temps allé dans des

			places francophones là. Comme… C : Ok. F : Ben oui mais mon… H : Toi t'étais à une clinique là, à Hawkesbury… F : Ah oui, mon médecin de famille… H : C'était tout des francophones, ça ? F : Oui, oui, c'est tout des francophones. Dans la clinique, a ben peut-être qu'y en a qui sont anglophones dans la clinique, mais moi mon médecin… H : Ouais. F : … est francophone. Pis quand qu'était pas là pis c'était le médecin qui l'a remplacé, lui aussi y'était francophone. H : Ah… Elle avait un Brad Pitt médecin là ! (rires du couple) C : À Hawkesbury ? H : Pas Brad Pitt, c'était qui là ? F : Ah… H : À qui y ressemblait là ? F : (???) H : Clooney ? F : Non, en tout cas… Pis à Montfort ben, toutes, les, les gynécologues, les obstétriciennes que j'ai rencontrées étaient francophones. […] F : Sauf une qui était comme so-so, faque… --- C : Vos suivis de grossesse ont été faits dans quelle langue ? F : Notre sage-femme était bilingue, donc

		- suivi bilingue, principalement anglophone ; auraient préféré suivi francophone	la majorité des infos qu'on a eu étaient en français. C : … donc est-ce que vous avez eu un suivi en français… F : Oui. C : … pendant la grossesse ? F : Oui. C : Après la grossesse aussi ? H : Mmm… le médecin en tant que tel n'était pas francophone. C : Pour l'accouchement ou pour le… H : Non… hum, Docteur X… c'est une anglophone… C : Docteur X. F : Mais elle m'a suivi juste le, le der, le dernier mois. H : Non… c'est avec elle que tu fais tout le suivi pour la grossesse. Hum… Docteur Y, c'était une hum… c'était pas une hum… une obstétricien. C'est une infirmière spécialisée. F : Mmm mmm. C : Ok. H : Ouin, c'était une autre partie, c'était euh… parce qu'en fait, elle avait un suivi aussi dans un… dans un centre au centre-ville. C : Ok. H : C'était une hum… C : Une clinique externe, j'imagine. H : Oui. Hum… et puis euh… c'est, c'est là-bas on y est allés plus souvent. C : Ok.

			H : Et puis donc le médecin, on l'a vu euh un peu moins mais euh, c'était euh, c'était un autre centre aussi qu'on la voyait pas à son bureau à l'hôpital. C : Ok. Donc, suivi relativement bilingue (rires de F et C), un bout d'anglophone, un bout de francophone. H : Mais avec là, le médecin en tout cas c'était en anglais. C : Ok. --- H : Et euh, donc elle était de garde ce jour-là, mais c'est une anglophone. --- H : … le chirurgien en fait qui était de garde c'était un francophone, mais euh… euh… ben… Céline l'a vu seulement euh (rires) quand elle est sortie du coaltar et que (rires)… il passé, passé dans la chambre… C : « Bonjour ! » H : … juste pour dire bonjour, hum. Mais moi j'ai pas échangé non plus avec lui puisque, donc, on n'échange pas vraiment en fait avec le, le chirurgien. C'est simplement les infirmières font le nécessaire pour euh instal, préparer la, la salle, la, l'installer et puis après donc, ils viennent me chercher et puis euh… C : Mmm mmm. H : Et puis le, le… donc y'avait pas, ben y'avait, dans les infirmières, y'en a une qui était francophone. C : Ok.

			H : Mais le euh. . . l'anesthésiste c'était une anglophone uniquement, donc c'est euh, y me demandait en fait de lui transmetre les questions par rapport à au dosage, en fait. . . C : Ah, ok. H : . . . pour la douleur. Euh, donc c'est euh, ben par rapport à sa réaction et puis par rapport à ce qu'elle arrivait à me dire donc y, y rajoutait un peu de, de sérum pour hum. . . C : Ok. H : . . . alléger la douleur. Et même dans la phase avant le, la césarienne quand ils ont fait la, la péridurale. . . C : Mmm mmm. H : . . . pour calmer la douleur, c'était euh, uniquement des euh des anglophones puisque la, l'anesthésiste aussi, qui était une autre, hum, était anglophone. C : Ok. Donc c'était un univers un peu euh mixte. (rires) H : Oui, mais principalement anglophone. . . F : Anglophone, oui. H : . . . mais en même temps, c'est un hôpital anglophone principalement, donc euh. . . C : Ok --- C : Est-ce que vous auriez préféré être juste en français ? F : Ouais. C : Ouais ? Ça aurait changé l'expérience ? F : Oui,

2.3. Langue des suivis *(SUITE)*	2.3.2. Malgré le bilinguisme, le français est préféré 2.3.2.1. Professionnels bilingues présents	-	F : Attends une minute, y'a une des médecins à Montfort qui était un peu moins à l'aise en français, faque, lors du rendez-vous j'pense qu'on a switché français-anglais là. Moitié moitié. H : J'étais pas là… F : T'étais pas là. H : Non. F : C'est celle qui était rousse. H : Non. F : Non, c'est ça. --- C : Vos suivis de grossesse ont été faits dans quelle langue ? F : Notre sage-femme était bilingue, donc la majorité des infos qu'on a eu étaient en français. --- H : Hum… et hum… ben comme ça a duré, les infirmières donc y'en a un qui était bilingue donc, celle qui passait dans la salle d'accouchement, et puis hum, ensuite donc le, quand y fallait faire le… la césarienne donc… C : Mmm mmm. --- F : … mais, les, les infirmières qui étaient là, elles étaient vraiment gentilles, elles parlaient français la plupart du temps, donc euh, c'était bien. Ça m'a aidé. C : Ok.
2.3. Langue des suivis *(SUITE)*	2.3.2. Malgré le bilinguisme, le	- couples bilingues	C : Si on vous avait parlé de sexualité, est-ce que, si on vous avait parlé de sexualité

	français est préféré 2.3.2.2. L'anglais n'est pas un obstacle, principalement car les couples sont bilingues		en anglais, est-ce que ça aurait fait une barrière de plus ? La la, est-ce que la langue aurait été un obstacle de plus ou… H : Non. F : Non. C : Parfaitement bilingue donc… F et H : Oui. C : … pas de problème dans les deux. F : Oui. --- C : Ok, parfait. Et si les suivis avaient été fait en Ontario, est-ce que la langue aurait été un obstacle ? F : Ben pas pour nous, parce qu'on est complètement bilingue… Hein ? H : Ouais. --- F : Mais ça aurait pas été une barrière. H : Non, non, aucune barrière --- F : Mais pour nous, on est bilingue, donc vraiment pas de problème anyway. --- Com, comment vous avez géré ça ? Ça va bien, euh, les, les deux langues comme ça ? F : Oui. H : Hum, en tant que tel ça m'a pas posé de problème. F : Pas vraiment. H : Hum…
		- Pour un H, parler en anglais de	H : Pis, peut-être que même ça aurait été mieux !

		sexualité est même mieux, car pour lui, sexe=en anglais	C : Ok, pourquoi ? H : Hein ? F : Ah c'est vrai ! H : Parce que pour moi, le sexe c'est en anglais, parce que je viens de Cornwall, pour une raison… F : C'est en anglais ! H : Le sexe… là ce l'est pu du tout. Mais comme quand moi j't'ai dit la première que je t'aimais là, c'est juste parce que je voulais te dire que je t'aimais. Parce que pour moi c'est « I love you » qui était le « Oh my god ! ». F : Ohhhh… (rires) H : So… tsé pour moi l'amour pis le sexe c'est en anglais, à Cornwall… F : En anglais. Pour des termes… H : Pour la famille, les parents pis l'école, ça c'est en français. (rires de F) So, parler du sexe en anglais, peut-être, pu maintenant, mais aurait peut-être été plus facile euh… C : Ok. H : Parce que tout, tsé, y'a pas vraiment de TV francophone à Hawks, vous étiez différents… F : Ouais… H : … dans votre petite région à Hawkesbury. Mais tout se vivait en anglais là. --- H : … mais pour certains, ça serait peut-être même mieux, plus confortable, parce que toute la, le monde de sexualité se vit

			peut-être en anglais, la terminologie et les, les autres choses là. F : À cause de la télé, pis… C : (rires) On accuse toujours la télé ! (rires du couple) F : Ah ouais ! H : Ça on n'en pas ! Mais on a… F : Mais on a une télé. H : On a ben l'internet mais...
2.3. Langue des suivis *(SUITE)*	2.3.2. Malgré le bilinguisme, le français est préféré 2.3.2.3. Les couples affirment toutefois que parler de sexualité en anglais peut être un obstacle de plus	- Moins évident dans autre langue - Déjà un sujet sensible et/ou gênant dans la langue comprise	F : Mais je peux comprendre que ça peut déranger plusieurs autres couples si le suivi est pas dans une langue très… aussi familière que le français. C'est déjà assez… euh… pas gênant mais… pas facile de parler de sexualité, que si y fait en plus en parler dans une autre langue, ben c'est encore moins évident ! --- C : Ok. Et en tant que francophone, est-ce que ça vous aurait, en fait, dérangé, si y'avait eu un suivi qui était seulement en anglais ? F : Euh ouais. H : Ouais parce ce qu'aujourd'hui encore, nos rendez-vous quotidiens c'est, c'est en anglais pour des choses banales tsé… F : Ben tsé… H : Consulter pour une grippe, un truc comme ça. Ben en tout cas moi je me sens assez à l'aise pour le faire en anglais, mais pour un sujet euh sur euh l'enfant, la santé, la sécurité de l'enfant, la sexualité aussi, j'pense que ça me semble assez sensible de

			le faire dans une langue qu'on comprend pis qu'on est à l'aise de s'exprimer aussi. C : Ok. --- C : Si le suivi avait été en anglais, est-ce que la langue aurait été un obstacle supplémentaire pour discuter de sexualité avec un professionnel de la santé ? F : C'est sûr, oui ! H : Mmm mmm. J'suis déjà pas à l'aise en français de parler de d'ça, imagine en anglais… (rires de tous) F : Ouais, moi non plus j'aurais pas aimé. --- F : Pis tsé, c'est gênant de parler de sexe, faque pas dans sa langue, me semble que c'est pire… Me semble que je me sentirais pas à l'aise… H : Mmm mmm. Moi non plus… vraiment pas… C : Ok. --- C : En matière de sexualité, donc on, on sait que la langue est pas nécessairement un obstacle pour parler au professionnel, c'est ce que vous me dites. F : Mmm mmm. C : En matière de sexualité, est-ce que la langue est un obstacle de plus ? Donc, je, je m'explique, donc vous êtes francophone, euh, vous êtes probablement plus à l'aise de parler en français, hum, si on vous parle de sexualité qui est déjà un sujet intime, en anglais, est-ce que ça

			devient un obstacle de plus, la langue ? F : Oui. C : Oui ? --- H : Mais euh… En tant que tel, c'est sûr que c'est toujours préférable si c'est dans ta langue natale, là. Parce que tu te poses pas de questions. Tandis que si c'est pas une langue euh qui est ta langue natale, tu vas toujours peut-être avoir tendance à faire plus d'efforts pour euh, mieux comprendre et puis plus poser tes questions. Donc peut-être que, c'est sûr que ce serait mieux en fait dans la langue qui euh, que tu pratiques le mieux.
		- Communication plus difficile et moins exacte en anglais	H : Ce que, en tout cas moi je comprends mieux l'anglais que je m'exprime, pis euh, des fois euh la communication est difficile, pis on… j'arrive pas à poser exactement la question que je veux ou à me faire comprendre exactement…
		- Manque de vocabulaire précis en anglais	F : Parce qu'évidemment là parler de, j'ai pas nécessairement le vocabulaire, mais je veux dire, je parle bien anglais, mais des fois c'est comme on, par exemple, j'suis pas sûre que j'aurais eu le vocabulaire pour parler de stérilet tsé… H : Ben en fait c'est ça. Si on avait pas assez de… F : De tendinite, de tendon… Tsé ça j'aurais peut-être manqué de… H : Mmm mmm…

			F : De mots là. C : Ok.
		- Déjà un sujet assez compliqué en français	F : Tsé, on est complètement bilingue, pis y'a pas de problème en général. Mais en matière de santé, pis surtout en matière de sexualité, c'est déjà compliqué, parce que je savais pas comment j'avais fendu pis où, donc déjà compliqué en français, j'aurais vraiment pas aimé que ce soit en anglais… Tsé, c'est comme atterrir dans un hôpital étranger sans parler la langue, c'est vraiment pas agréable quand on veut avoir des réponses précises à nos problèmes intimes.
		- Le français est plus précis - Préfère comprendre exactement ce qui est dit	F : Ça devient un obstacle parce que dans ce sujet-là, moi je préfère bien comprendre ce qu'on me dit. C : Ok. F : Que parce que si c'est autre chose en anglais, bon ben, je sais à peu près la personne dit ça, mais ça va. L'essentiel c'est de savoir de quoi la personne parle. Mais quand c'est ça, je veux vraiment savoir c'est quoi. Si c'est bleu, c'est bleu. C : Ok. F : Au lieu de dire c'est sombre, et puis, tu peux t'imaginer autre chose, mais… C : Ok. F : … je préfère vraiment le français. C : Plus de précision… F : Parce que là, voilà, y'a plus de précision, je comprends mieux et puis.

			C : Ok
		- À l'aise pour comprendre en anglais, mais pas pour s'exprimer	C : Pour vous ? H : Hum… Je sais pas en fait, si ça changerait quelque chose en tant que tel, mais euh… Pour moi, je pense pas que ce serait, ben, c'est parce que je pense que je serais suffisamment à l'aise en anglais pour euh, pour comprendre, mais euh, mais je sais pas si je serais suffisamment à l'aise pour m'exprimer. C : Ok.
		- On est jamais bilingues parfaits	H : Tu vois, on est jamais parfaitement bilingue en fait donc. C : Effectivement. (rires) Ok.
2.3. Langue des suivis *(SUITE)*	2.3.2. Malgré le bilinguisme, le français est préféré 2.3.2.4. A l'extérieur de l'hôpital francophone, les ressources sont plutôt en anglais	-	F : Mais à l'extérieur de ça, je dirais que l'information générale était… F et H : Plutôt en anglais… F : Ouais. C : Ok. F : Par exemple, j'en parlais, les cliniques d'allaitement ou ce genre de places là que j'ai pu fréquenter pour avoir de l'information… euh… l'infirmière qui était venue ici, elle elle parlait français ?... H : Elle était franco parce qu'elle était rattachée à Montfort. F : Ah parce qu'elle était rattachée à Montfort. H : Mmm mmm. C : Ok. ---

			C : Ok. Donc considérant que c'était tout un suivi francophone, y'avait pas vraiment d'obstacle au niveau de la langue. F : Euh… ben, c'est que si on voulait quelque chose à l'extérieur de ça, là on, c'était nécessairement en anglais. Par exemple c'est moi qui fallait qui communique avec euh… par ex, pour l'allaitement entre autres, mais ça n'a pas nécessairement en lien avec la sexualité… C : Mmm mmm. F : Mais ça donne quand même un aperçu de comment on a eu un service là. Tout ça, dès qu'on sortait de ce réseau-là, qui était le réseau de Montfort… C : Mmm mmm. F : Là le service était généralement… H : En anglais. F : En anglais, ouais. C : Ok. F : Euh… Mais c'est pas nécessairement en lien avec la sexualité là. J'ai l'impression que si j'avais eu à poser des questions à l'extérieur, j'aurais dû euh… le faire en anglais…
2.3. Langue des suivis *(SUITE)*	2.3.2. Malgré le bilinguisme, le français est préféré 2.3.2.5. Importance du français	- Frustrant si avait pas eu de services en français	H : donc si j'avais pas eu ces services-là en français, ce serait très frustrant. Tout à fait. C : Ok. F : Mmm mmm. Ouais, j'pense que ouais. Ben très frustrant, je sais pas… H : Ben non, quand même ! F : Quand même… H : Moi oui.

		• Surtout à Montfort - Satisfaction vs suivi francophone - Importance du suivi francophone	F : Pas tellement, moi j'mets un petit bémol… H : Ben ouais. C : Un petit bémol. Ok. F : Moi si j'aurais pas eu ça à Montfort, j'aurais été frustrée ! H : Oui, j'aurais été en… F : Mmm ! F : Mais j'pense qu'en fait on a apprécié d'avoir, moi j'ai apprécié d'avoir en français là. C : Ok. --- C : Donc ça ça vous a satisfait, un beau service en français. F : Oui --- H : Ah ça je l'ai apprécié ! F : Pis c'est la raison [service en français] pour laquelle on est allé à Montfort. H : Oui mais on l'a, on l'a, ben j'sais pas si activement recherché, mais c'était, c'était important. C : Ok. --- H : J'étais vraiment surpris à Montfort. J'ai été surpris. C'était ma première expérience là… F : Ben j'espère ! ---

		- H surpris et heureux vs français à Montfort - Accoucher en français : important, même si bilingues	H : Mais c'est le contraire qui est arrivé. J'pouvais m'adresser à n'importe qui, un concierge au Tim Hortons, à n'importe qui, n'importe où, en français, pis j'suis comme « That's it ! this is it ! ». Pis c'est vrai ! Faut pas le perdre ça ! Mais en tout cas… F : Non… je sais… Pis moi c'est drôle parce que j'ai une amie à moi que son frère pis sa belle-sœur ont eu un bébé en même temps. Pis j'ai dit où est-ce qu'ils vont accoucher, tsé, sont francophones les deux ? « Ah, à l'hôpital général. » J'suis comme, ah oui ? Pis y'habitent à Orléans là, j'suis comme… C : Ok. F : … euh, y vont pas à Montfort ? Euh, a dit « non ». Ben lui y'a été suivi pour des raisons médicales, faque a dit y connaissent l'hôpital, faque y vont aller là. J'suis comme, mon dieu, j'voudrais pas accoucher en anglais moi ! (rires de C) H : Non ! F : Pis les deux sont francophones, pis y travaillent en français, y vivent en français. C : Ok. F : Elle c'est une enseignante là. Le frère à, à Andrea. H : Ah ok, j'les connais pas. F : J'pourrais les recommander eux autres pour la recherche. H : Ouais, ouais. C : C'est comme ça que j'me fais des participants.

			F et H : Ouais ! C : Du bouche-à-oreille. Ok. F : Hum… Pis j'étais comme j'me verrais pas accoucher en anglais, j'me verrais pas comme me faire dire… H : Non. C : « Push ! » F : Push ! Oui ! Pis on est parfaitement bilingues ! H : J'y ai même pensé, no way ! F : On est parfaitement bilingues, là ! On peut comprendre tout, tout, tout, tout, tout là ! Mais non, pour moi c'était important. Faque, oui, tout en français euh... C : Ok
Thème 3 : Besoins sexopérinataux			
3.1. La sexualité périnatale est importante à être abordée, surtout par un professionnel de la santé, mais ce n'est pas évident	3.1.1. Sujet à aborder 3.1.1.1. Sujet important	- Sexualité = importante - Sexualité permet de se retrouver en tant que couple	F : Ah non, pour moi c'est trop important ! H : Ok ! C : Ok. Parfait. H : Ok. F : Mais en même temps moi j'avais, on avait un besoin d'intimité aussi là. J'pense que c'était une façon de se retrouver [H : « Mmm mmm »] à un moment donné là. --- F : Euh. Mais, mais moi c'était quand même un besoin, une façon de me retrouver avec toi, je pense. En tout cas pour moi là… j'sais pas… D'avoir un moment de couple qui était pas une discussion sur…

		- Sexualité permet d'améliorer la relation de couple	H : Un moment détaché un peu de de… F : Détaché de de du bébé…. H : Des nouvelles tâches… pis tout ça. F : Pis de l'allaitement. C : Ok. Sujet hors bébé. F et H : Ouais ! F : Sujet hors bébé. H : Exact. F : … y'en a qui disait que ça, ça, tsé ça améliorait la relation de couple aussi si tu continuais à avoir des relations sexuelles… H : Mais… Ouais. F : …pis donc ça peut pas avoir d'influence négative, c'est pas dangereux.
3.1. La sexualité périnatale est importante à être abordée, surtout par un professionnel de la santé, mais ce n'est pas évident *(SUITE)*	3.1.1. Sujet à aborder 3.1.1.2. Devrait être abordée	- Par professionnel de la santé • Doit initier/aborder le sujet	C : Est-ce que vous auriez été plus à l'aise si le professionnel l'abordait, d'en parler ? F : Ben oui… --- F : Ou… euh… tsé le professionnel de la santé c'est certain que y peut l'aborder, j'pense qu'y peut l'aborder --- F : … ça fait pas de tort pour euh… les professionnels de la santé de demander, mais…c'est de l'aborder. --- H : Mais si y'avait eu un besoin, peut-être que j'aurais aimé qui, que le professionnel… F : Oui ! T'aurais peut-être pas abordé, mais t'aurais apprécié…

			H : Non, j'l'aurais jamais abordé. C : Donc y faudrait que ça vienne du professionnel. H : Oui. Ah ! Ça c'est certain ! C : Jamais, ça serait jamais vous qui auriez initié la conversation. Ok. H : Non. Ça aurait peut-être été fait euh… j'sais pas, si un vrai besoin, peut-être par téléphone, peut-être anonyme, mais face-à-face, ça serait euh… F : Bizarre. H : Tsé, c'est encore bizarre comme… tsé… j'suis pas rendu là encore, mais le monde qui, qui ont besoin de viagra et des choses comme ça, j'en reviens pas, j'ai même pas l'idée de comment qu'y peuvent l'aborder. Comme pour moi, c'est dans le même genre là. Comment j'fais pour aborder ça, mon dieu seigneur ! (rires de F) I guess il faut que je le vive pour en avoir besoin pis là j'dis j'ai pas le choix… F : Oui ! H : … ou je dois, ou je, je dois absolument, je veux absolument, donc je le fais, y'a une pression, mais euh… j'ai pas eu la pression donc. C : Ok. C'est vraiment une gêne, un inconfort, d'aborder, un, pis d'en parler. H : Oui. Oui. C : Ok. Donc y faut que ça vienne du professionnel. H : Ah ! C : Absolument. H : Ça c'est clair !

		• Permet d'ouvrir la porte sur le sujet	--- H : …mais c'est pour ça que je pense que ça devrait justement venir du professionnel de santé… C : Ok. H : … puisque eux devraient être capables, justement de, pas faire de distinction et de proposer quelque chose. Donc tout le monde, comme ça, ça, ça serait plus simple peut-être pour régler les situations-là. C : Excellent, tout à fait, oui F : Mais maintenant, quand j'y repense, ben peut-être que tsé ça, ça aurait tout de suite donné des réponses au lieu d'aller les chercher ou ben de se poser la question. C : Au moins d'amener une réflexion. F : Ouais. --- C : Ok. Peut-être poser la question, mais ça donne quand même une porte d'ouverte. F : Ouais. H : Ouais, exact, exact. Ouvrir une porte. Tout à fait. C : Ok. Excellent. --- H : Ou qu'y est une porte ouverte, qu'y est une chart sur le mur qui dit « j'suis ouvert à ça, parles-moi s'en si t'en as besoin ! » (rires de F) C : Ok. H : Mais si y'a rien qui dit parles-moi s'en, j'suis ouvert, j'peux t'aider, y'a pas un patient qui va en parler.

			F : Ben… H : Na ! Pas un ! (rires de F) Des fois j'exagère, mais y'en a pas un, j'vois pas qui. Anyways. F : Ouais. --- C : Ok, donc ouvrir une porte… H : Oui. C : … pour donner l'opportunité. H : Oui. C : Ok, c'est intéressant. H : Mmm mmm. --- C : C'est toujours l'idée du professionnel qui devrait venir au moins ouvrir le sujet, et si vous êtes pas à l'aise, on en parle pas. F : Mmm mmm. --- C : Donc, vraiment d'ouvrir, général… H : Mmm mmm. C : … pour justement garder une neutralité. H : Ouais. C : Excellent. Très intéressant. --- C : Ok. Donc peut-être plus l'inscrire dans le suivi général. H : J'pense que c'est peut-être ça qui est… c'est vraiment de, avec le, la personne qui fait le suivi, comme le médecin… C : Mmm mmm. H : … qui trouve un moyen, en fait d'ouvrir cette porte-là, avec ensuite donc la possibilité donc. Maintenant la balle est

			dans ton camp, t'as été informé, tu sais que tu peux avoir l'information, mais c'est à toi, donc, maintenant, d'aller la chercher… --- C : Pis est-ce qu'y'a d'autres choses donc qui auraient pu vous aider en matière de sexualité ou… (silence) F : Non, c'est juste ça ! (rires de C et F) H : Non, j'pense qu'en fait le, le, fournir la, ben… ouvrir la porte pour avoir la ressource
		• Inclure questions dans suivi normal pour tous → normalise	H : Faque… versus si lui il l'approche comme étant très normal de poser cette question comme on la pose à tout le monde, parce que oui, on sait qu'y a ci, qu'y'a ça, pis là, t'es plus apte probablement à être ouvert à vouloir… F : Y'en parler… H : Ok ben. Faque là si y pose la question effectivement, faque c'est parce que ça arrive au monde là. C : Pis si c'est inclus, ça normalise. F : Oui, c'est ça. H : Oui exactement, parce que ça vient de là…
		• Sexualité doit faire partie des questions normales posées aux couples	C : Hum. Est-ce que vous auriez aimé que les professionnels, peu importe le professionnel, dans les suivis, abordent la sexualité clairement ? F : Ben oui. H : Ouais, j'suis sûr.

		• Aborder le sujet directement	F : Tant qu'à aborder tous les sujets. C : Ok. F : J'vois pas le… parce que ça fait partie de toutes façons des questions que la plupart des couples ont là. H : Ouais pis je pense que ça peut aussi être à travers, à travers l'apprentissage de ce que c'est d'être parent. J'pense que ça peut, ça peut être source de conflit aussi entre les couples pis euh… La question, euh, ou la gestion de ces potentiels conflits-là sont pas, euh, sont pas abordés. En tout cas nous, euh nous ont l'a pas abordé avec nous. Pis j'pense que ça peut être important, pis euh… Ouais. H : Mais même avec la médecin de famille, que la question soit pas comment va votre couple… F : Ah ouais, peut-être… H : Parce que comment va votre couple, ça veut dire quoi ? Ça veut dire euh est-ce qu'on se crie après parce qu'on s'occupe de bébé euh… on s'entend pas sur la façon de s'occuper de bébé ou un pense qu'y en fait plus que l'autre. Parce que ça peut vouloir dire ça, mais ça peut vouloir aussi, parler de la sexualité. F : Mmm mmm. C : Ok. H : Mmm C : Peut-être une question directe. H : Moi, qu'on pose la question. F : Ouais.

			C : Si on vous pose une question directement sur le sujet, est-ce que c'est moins intimidant ? Est-ce que vous êtes plus portés à répondre ? F : Ben en fait j'vais y penser tsé. C'est parce que quand a pose une question générale sur mon couple, je pense à pleins d'affaires là, j'pense pas nécessairement à… H : Mmm mmm. F : C'est comme une des composantes. C : Mmm mmm. F : Faque si la question est plus directe là, j'vais prendre une petite seconde pour m'arrêter, pis réfléchir, pis donner une réponse. H : Ouais. C : Ok.
		• Plus à l'aise si professionnel initie spontanément la discussion puis redirige vers experts	H : En fait, c'est plus es euh, peut-être, c'est des, des situations où il faudrait en fait que le, peut-être que le premier pas vienne des professionnels directement et qu'à ce moment-là peut-être ils redirigent vers des experts. C : Ok. H : Et là ce serait sans doute plus facile parce que déjà tu ferais la démarche d'aller vers ces experts, mais après qu'on te les ait proposés. Tandis que si on te propose pas, tu es plus gêné à poser ce genre de questions par rapport à quelqu'un qui est simplement un, un spécialiste, mais pas un sexologue ou qui ne, qui serait peut-être

			pas forcément à l'aise de parler simplement de la sexualité autour de l'accouchement. Du coup, le premier pas n'est pas venu d'eux. C : Ok. Donc y faudrait que ça vienne d'eux. H : J'pense que ça devrait plus venir en fait du professionnel de la santé qui euh devrait pas forcément sur la base de il sent qu'y'a un besoin, mais qu'il devrait le faire peut-être euh spontanément et donc à partir de là, les gens pourraient exprimer l'intérêt donc de poursuivre sur ce chemin qu'il aurait ouvert… --- H : Non, j'pense qu'en fait le, le, fournir la, ben… ouvrir la porte pour avoir la ressource, et puis après, si effectivement y'a comme un, des spécialistes que tu peux facilement rencontrer pour faire un suivi. Et puis donc, après quand t'as commencé le suivi, ben dépendamment de ton besoin, ça peut plus ou moins se prolonger ou pas là. C : Ok. H : Mais euh… c'est probablement quelque chose qui peut être bien. Parce que au moins, ça, ça va éviter des, des peurs, des frustrations… C : Oui. H : … et puis de se construire toute une théorie en fait sur pleins de choses qui peut-être, c'est simplement la peur qui t'a amené là.

		• Information plus crédible si vient d'un professionnel - Dans rendez-vous avec bébé - Par infirmière de Santé Publique, à la rencontre à la maison en postpartum, mais peut-être est-ce un peu tôt	C : Mmm mmm. H : Alors que juste peut-être une information venue de quelqu'un qui est un professionnel, donc automatiquement tu vas plus avoir tendance à le croire… C : Ok. H : … hum, ça, ça évite pleins de… de frustrations et de… de se construire une angoisse inutile. Donc du coup ça enlève du stress aussi pendant la grossesse. F : Et euh, peut-être que tsé le sujet, j'aurais peut-être pas détesté que le sujet soit abordé peut-être une fois dans les rendez-vous pour le bébé où y posent des questions sur la mère, ben peut-être aborder le sujet de la sexualité et en même temps normaliser la baisse de libido, le lien allaitement-libido, tsé. F : Mais ça aurait pu être abordé à ce moment-là. --- C : Pis peut-être que l'infirmière de santé publique l'aborde quand elle vient… F : Ouais. Ça… C : Dans les premiers jours. F : Ouais ça euh… pis peut-être pas l'aborder… peut-être qu'elle l'a abordé en posant une question générale sur notre couple, tsé sans qu'on s'en rende compte… H : Ben encore là, c'est ça, c'est des non-

			dits tsé. F : Dans ce cas-là, il faudrait qu'elle l'aborde de façon plus euh… H : Qu'il dise là si euh… j'sais pas si on repris les activités sexuelles ou si… F : Mais en même temps elle ça faisait 5 jours après. H : Elle ça faisait très tôt, mais tsé… F : Ouais c'est ça l'affaire. H : Mais qu'elle nous dise… F : Peut-être que c'est un peu tôt là… C : Ok. H : J'sais pas mais qu'elle pose la question plus… F : [confusion]. Mais qu'elle pose la question avez-vous repris les activités sexuelles, j'aurais peut-être… [rires] H : Mais après 5 jours c'est tôt… F : J'aurais peut-être été étonnée de sa question… un petit peu ! [rires]
		- Dans cours prénataux, mais pas facile à faire, car : ville doit regrouper participants par culture/religion ; difficultés financières ; participation si parle de sexualité ?; comment faire mise en place des services ?	C : Est-ce que ça aurait été un beau moment d'en parler ça ? F : Ben ouais… C : En cours prénataux ? H : Peut-être, mais le problème c'est que c'est, c'est en groupe (C rit légèrement). Et on connaît pas forcément qui est là donc, est-ce que les gens seraient à l'aise ? Je ne pense pas. C : Ok. H : Probablement que c'est pour ça aussi que c'est pas abordé. Mais, ben, à moins que ce soit abordé comme, de manière

			générale, mais euh, mais pareil, euh. Est-ce que ça voudrait dire qu'à ce moment-là faudrait donc que la ville trouve un moyen de gérer qui va être là en même temps puisque tu peux pas forcément aborder certaines choses quand y'a des gens qui n'ont pas les mêmes croyances religieuses, ou en tout cas qui n'ont pas la même culture non plus. C : Ok. H : Donc je pense que, par exemple, nous on a été dans un groupe où bon, y'avait des euh, des gens qui étaient du euh, des euh... utilisons cette terminologie, même si je ne l'aime pas beaucoup, y'avait des euh, des québécois de souche. Y'avait des euh, des franco-ontariens. C : Mmm mmm. H : Y'avait des euh, des gens d'origine du Maghreb, et puis donc euh, ben, mon épouse et moi qui sommes plus mélangés disons ! (rires de H et C) Parce moi j'ai beaucoup de mélanges donc en fait je, je peux dire que je suis dans, dans plusieurs groupes. Donc c'est ça qui fait que, bon, mais euh... Ça amène la question, où donc, automatiquement, chacun se dit, y'a des gens qui sont voilés par rapport à des croyances religieuses et on s'imagine tout de suite aussi pleins de préjugés par rapport à des pratiques sexuelles. Donc ça fait que on se demande, est-ce que, donc forcément ces gens-là, est-ce qu'ils participeraient dans un groupe où y'a pas

			d'autres personnes comme eux ? Etc, etc. Donc du coup, ça fait que serait difficile aussi, pour la ville donc, de, d'organiser quelque chose en ayant à prendre en compte les sensibilités de tout le monde par rapport à… C : Culturel, religieux… H : … Déjà, si ils ont du mal à organiser en terme de ressources pour avoir des sessions. C : Oui. (rire léger) H : Ah, comment y vont faire si en plus ils doivent pouvoir adapter les cours en fonction de qui participe donc, peut-être que c'est un peu plus compliqué. C : Effectivement. H : Mais bon, c'est … Ça c'est vrai que ça peut être une opportunité parce que ben, les gens vont généralement y participer. Mais est-ce qu'il va y avoir autant de participation si c'est pas obligatoire et si en plus on aborde des aspects sexuels ? Donc c'est ça qui fait que peut-être que c'est difficile aussi parce qu'en, en réalité, euh, peu importe la, la culture, le sexe c'est toujours comme si c'était tabou d'une manière ou d'une autre. C : Mmm mmm. H : Hum… Y a des gens qui vont être très ouverts sur pleins de choses, qui vont parler peut-être de sexe en général, mais quand ça devient trop intime ou trop personnel… C : Mmm mmm.

			H : … c'est plus les mêmes personnes, et donc, les réponses aussi, ou la façon d'agir va être différente. Donc, c'est un sujet, qu'on le veuille le pas, c'est quand même toujours assez tabou. Donc ça fait que c'est, c'est compliqué en fait de, pouvoir fournir des euh, des ressources. C : Mmm mmm. H : Si en plus il faut considérer qu'y'a un aspect euh, financier derrière aussi qui faut pouvoir gérer pour le, tout ce qui est logistique, donc. C : Ok. H : Y'a peut-être pas assez de services, mais c'est comment pouvoir mettre en place ces services-là, ça c'est euh… C : C'est ça la question ! (rires de C et F) F : Excusez-moi, est-ce que ça vous dérange si je change sa couche ? C : Non, non, y'a pas de problème ! C : Ok. Donc oui, y'a tout l'aspect culturel, religieux, spirituel, qui rentre effectivement dans les groupes. H : Mmm mmm. C : Ok. Hum… Ok.
3.1. La sexualité périnatale est importante à être abordée, surtout par un professionnel de la santé, mais ce n'est pas évident	3.1.1. Sujet à aborder 3.1.1.3. Aborder la sexualité permet de normaliser l'expérience	-	F : … [aborder le sujet et] en même temps normaliser la baisse de libido, le lien allaitement-libido, tsé… --- C : Est-ce que ça normalise un peu euh… F : Ouais, peut-être. J'me serais sentie comme… euh… ouais. H : Le fait de pas être la seule à avoir des

(SUITE)			questions. F : Ouais, ne pas être, ouais, c'est bon ça. C : Ok. C'est intéressant ça.
3.1. La sexualité périnatale est importante à être abordée, surtout par un professionnel de la santé, mais ce n'est pas évident *(SUITE)*	3.1.2. Difficultés pour l'aborder 3.1.2.1. La sexualité périnatale n'est pas évidente à être abordée pour plusieurs raisons	- Patients ne pensent pas poser la Q	F : … parce que pour moi c'était pas un problème donc j'pensais pas d'en parler. --- H : C'est pas nécessairement le genre de questions que t'es, que t'es porté à vouloir demander dessus… --- H : C'était plutôt… euh, éventuellement, ils auraient répondu si on avait eu des questions, mais euh, comme c'est sa première grossesse, c'était pas euh, c'est pas le genre de choses qui nous venait à l'esprit comme question en tant que telle. C : Ok.
		- Gêne des professionnels	H : parce que des fois aussi tu, euh, tu sais même pas même si le médecin y'é vraiment bien confortable avec le sujet avec aussi en même temps. On peut ben croire que c'est un médecin, ok, mais même là, si j'y pose cette question-là, y va me réagir comment ? Y vas-tu… --- H : … toi tu sens, le, le client ou le patient se sent gêné de d'ça, le…
		- Gêne des patients	H : Parce que t'as toujours une gêne pour poser ta question ou pas certain où tu t'en vas avec. À mon opinion. ---

			H : Ça peut être intimidant par exemple… F : Ouais peut-être que ça peut… H : Ça peut être intimidant… F : Moi, moi, non mais… H : Ouais, mais c'est ça… J'ai pas trop de difficultés à en parler, mais je peux tout à fait comprendre quelqu'un qui se sentirait euh… qui se sentirait intimidé par une question comme ça par exemple. --- H : … toi tu sens, le, le client ou le patient se sent gêné de d'ça, le… --- H : Moi, j'ai j'ai… j'suis jamais mal à l'aise, mais ça m'a, je sais pas, j'ai l'im, j'ai l'impression que j'aurais été mal à l'aise… j'y aurais pas été. --- C : Ok. C'est vraiment une gêne, un inconfort, d'aborder, un, pis d'en parler. H : Oui. Oui. --- H : Et puis forcément, je pense pas qu'elle se serait sentie à l'aise à poser la question aussi, à, à quelqu'un qui n'aurait pas fait le premier pas en fait pour essayer de, de savoir. C : Ok. Est-ce que vous avez la même impression ? Est-ce que vous aussi vous seriez plus à l'aise si quelqu'un vous le demande ? H : Hum… Ben j'aurais pas été à l'aise d'aller en consultation avec elle et puis de commencer à poser des questions d'ordre

			sexuel, non. C : Non, ok.
		- Manque de temps	F : Mais c'est sûr, ben en tout cas, le médecin de famille sente peut-être euh… H : Non mais oui, mais c'est sûr… F : … t'as pas le temps.
		- Pas naturel pour professionnel de parler de sexualité	H : … c'est pas naturel pour le médecin non plus… ou le professionnel… F : Ben ça devrait ! H : Mais ça devrait, non ! C : Vous avez commencé, ça devrait, mais non. H : Mais non ! Pis, même, ça devrait… faut que tu te pratiques, faut que tu le sois…
		- Professionnel a peur de mettre patient mal à l'aise	H : … parce que y'a peur aussi, le professionnel a peur de mettre l'autre aussi mal à l'aise… C : Mmm mmm. H : …faque tu poses la question, mais l'autre… ah… on va éviter le sujet au complet. --- H : Pis tsé, eux autres… [bébé crie et ses parents lui donnent de l'attention]… euh, des fois ils se sentent mal à l'aise pour le patient, y savent pas trop comment, mais moi en même temps j'me sens tout le temps mal à l'aise pour l'autre, faque peut-être que j'aurais senti un malaise dans, dans son malaise.

			C : Ok.
		- Si professionnel = homme, encore plus gênant pour F	F : …c'est un homme, c'était un peu plus gênant, mais… pfff, y fallait que je le fasse là, je…
		- Parler de sexualité = problème culturel	H : Mais en même temps j'pense que peut-être que c'est le problème aussi qui euh, qui est culturel. Pas forcément générationnel, mais culturel, c'est-à-dire qu'il y a des cultures qui sont plus portées à parler de sexe parce que peut-être que le sexe est plus présent, dans, dans leur culture en général. C : Mmm mmm. H : Hum… et puis d'autres en fait, qui euh, forcément, viennent de milieux différents, donc, ont pas la même euh, la même culture par rapport à est-ce qu'on parle de sexe ou pas. Parce que y'a des pays où en fait tu vas jamais parler de sexe avec tes parents jusqu'à ce que tu sois marié et même après ça, tu parleras jamais de sexe avec tes parents. C : Jamais, effectivement. H : Tandis que y'en a d'autres, ben à 14-15 ans, on va commencer à leur parler de certaines choses pour justement leur permettre d'apprendre des choses. Donc ça donne aussi pas les mêmes outils au départ pour pouvoir parler de certains sujets, donc euh. C : Ok. H : Y'a peut-être ça aussi qui joue…

		- Sexualité = sujet tabou	C : Ok. Donc c'est encore un, un sujet qui est, comme vous l'avez dit tout à l'heure, un petit peu tabou veut, veut pas… H : Mmm mmm. C : … donc c'est un peu dur à inclure euh.. H : Ouais. C : … dans la société.
3.2. Besoins envers la sexualité	3.2.1. Besoin d'information 3.2.1.1. La plupart ont eu besoin de chercher des informations sur la sexualité, surtout F	- Pas besoin	C : Donc, pendant la grossesse, est-ce que vous avez ressenti le besoin d'aller chercher des informations sur la sexualité ? F : Pas de mon côté. C : ok. Vous ? H : Ben… On a eu, on a comme des sites web qu'on a regardé. F : Mais y sont pas sur la sexualité. On les a regardé pour l'allaitement. H : Ah oui, t'as raison. Mais pas vraiment… C : Ok. Donc vous avez pas cherché des informations. Vous aviez pas le besoin et vous avez pas cherché non plus. F : Non. Moi de mon côté, j'en ressentais pas le besoin. --- C : Parfait. Est-ce que vous avez, toi j'ai, j'ai l'impression que oui, je vais commencer vers toi, est-ce que tu as un besoin de, de chercher de l'information sur la sexualité pendant et après la grossesse ? H : Euh… Euh, ben, réponse plate, mais j'pense pas. (rires de F et H)

			C : C'est pas plate ! (rires de tous) Ok. H : J'me souviens pas d'avoir eu besoin de trouver des réponses là. C : Faque t'as pas cherché, t'es pas, t'as pas posé des questions. H : Pas vraiment. C : Pas vraiment. H : Non. C : Ok. Correct.
		- Pas besoin spécifique vs sexualité, mais a tout lu les infos sur le sujet	H : J'peux pas dire que j'ai eu besoin spécifiquement de ça, mais j'ai aussi tout lu l'information à laquelle j'avais accès, y compris sur la sexualité. C : Ok. H : Je pense que j'avais un besoin de, de… je pense que…
		- F : Allaitement vs sexualité	C : Donc c'est plus au niveau du postpartum que vous êtes allés chercher des informations sur allaitement et sexualité, qui était important. F : Ouais. C : Ok, parfait.
		- F : pour s'assurer qu'il n'y avait pas de danger	C : Donc en fonction de votre expérience, est-ce que vous avez ressenti le besoin d'aller chercher des informations sur la sexualité ? F : Euh… C : On a dit, bon le Mieux-Vivre un petit peu, les amis, votre père… Est-ce que vous avez eu ce besoin là pendant la grossesse et après la grossesse ?

			F : Ben j'étais pas étonnamment stressée, mais même quand juste des fois de confirmer que ça entraînait aucun un danger. Mais tsé pas… J… C'était pas très rationnel là… Mais je, je… Peut-être pendant la grossesse euh ?...
		- H : Rôle du père pendant grossesse	H : Ben j'ai senti le besoin de m'informer, euh… en général, sur euh, sur ce que devient mon mon rôle de, de chum pendant la grossesse et aussi mon rôle de père après…
		- F a lu, mais ne ressentait pas le besoin de chercher plus d'infos, car avait connaissances	C : Est-ce que vous avez ressenti le besoin d'aller chercher des informations sur la sexualité pendant la grossesse ou après la grossesse ? F : Ben moi j'trouve que l'information que, moi j'ai lu, personnellement, faque… j'me suis abonnée au ti magazine de madame enceinte là, américain. Pis j'ai lu, pas des livres là, mais les broch, tsé comme des choses, comme les magazines ça c'est moi-même qui, qui m'ait informé, qui les a acheté les magazines faque… C : Ok. F : … pis y'avait quelques articles là-dessus, faque j'ai eu de l'information comme ça… --- F : Faque au niveau de l'information, y'a pas eu, on avait pas de besoins d'aller chercher de l'information parce qu'on… ben… y'en a, on a eu l'information qu'on

		- F : sexualité postpartum (peurs, temps après césarienne)	voulait. C : Vous aviez déjà accès donc. F : Oui ! C'est ça ! C : T'as lu, t'as lu ce que tu avais à lire. C : Toi ? F : Ben moi j'pense que je prends beaucoup les devants là. J'veux dire, j'prends beaucoup d'initiatives moi, je suis proactive comme, comme, comme rarement, tsé moi j'vois venir les choses là, je prévois là, comme le médecin y m'a dit souvent « tu vois trop loin ». Tsé moi je suis du genre à « ok qu'est-ce qui se passe dans les prochains, dans la prochaine année », tsé, on a des buts, on a… Faque, même par rapport à la sexualité, tu… si j'aurais su… tsé comme pendant y'avait des questions qui venaient au fur et à mesure, mais le après, c'est comme si c'était euh… j'm'attendais pas à ça là, j'ai été comme pris de cours un peu, j'avais, j'avais pas préparé de questions, j'avais pas… C : Ok. F : Ouais, c'est ça, c'est pas mal ça, parce que je m'at… je pensais pas que ça aurait été comme ça, faque. C : Faque dans le moment après t'as eu un besoin de chercher de l'information. F : Oui, oui. --- C : Ok. Y faut chercher. F : Ouais, mais c'est ça, mais y faut

			chercher, mais c'est pas que, c'est pas que j'ai pas essayé. C : Ok. F : Tsé j'ai, j'ai vraiment…
		- F : pendant, mais surtout après (peur vs cicatrice de césarienne)	C : Est-ce que vous avez ressenti un besoin d'aller chercher de l'information sur la sexualité et sur l'intimité pendant et après la grossesse ? F : Moi, je l'ai ressenti, mais c'était surtout pour après, ben oui, avant et après. C : Ok. F : Parce que vers les derniers mois, je, je savais pas. Des fois, forcément je le voulais, mais j'avais surtout beaucoup peur, donc des fois je me demandais vraiment est-ce que, est-ce que. C : Ok. --- C : Ok, donc t'es quand même allée, t'as vraiment ressenti besoin, t'es allée chercher de l'information. F : Oui.
		- H : rapports sexuels pendant et après grossesse	C : Est-ce que vous vous avez ressenti un besoin d'aller chercher des informations sur la sexualité ? H : Oui, ben je suis allé sur euh Internet, principalement, pour consulter et puis voir des euh, des ouvrages qui avaient été écrits sur euh, sur le sujet, par exemple, les rapports sexuels avant et pendant l'accouche, enfin, avant et, avant la grossesse, pendant la grossesse et après la

			grossesse. C : Ok.
3.2. Besoins envers la sexualité *(SUITE)*	3.2.1. Besoin d'information 3.2.1.2. Besoin d'avoir des informations/d'être informé	- Besoin de savoir	F : Faque ça aussi ça aurait été l'fun là de… de savoir là. C : Ok.
		- Besoin d'avoir bonne information pour enlever peur et stress	F : Non, c'est juste recevoir la bonne information. C : Ok. F : Ça m'aurait beaucoup aidé. Pour moi, ça aurait fait disparaître la peur et le stress et tout. C : Ok. F : Oui, voilà. H : Oui, en fait, je pense que, oui, c'est vraiment d'avoir l'information,
		- Comprendre = aide	F : C'est quoi le vaginisme, ça ça l'a aidé, de comprendre ça. Tout ça là, c'est tout euh, au début j'pensais que c'était des suppositions comme… ben là tsé toi tu m'as dit que… Ben moi j'pensais que j'avais une théorie là-dessus là. Pis j'pensais que c'était pas euh, tu vois, parce que je, ça je l'ai pas lu
		- Avoir des explications	F : Des fois on a besoin d'explications plus…
		- Plus de détails sur la sexualité	F : J'pense que dans la sexualité, on pourrait aller plus, dans ce qui nous est présenté, ça pourrait aller un peu plus loin. C : Ok.

		→ plus de détails peut rassurer	F : Un peu plus, euh… mais tsé, peut-être technique, là, je sais pas. Dire quelles sont les douleurs qui peuvent être ressenties ou… quelles sont les craintes par exemple. Tu vois si y'avait dit vous pouvez ressentir de la crainte d'avoir une, de, d'avoir du lait là, mais tsé comme ça là… C : Mmm mmm. F : J'aurais fait bon, ben je me sens visée par euh… C : Ok. F : Par ça, c'est précis. [rires] --- F : Ouais. Ouais, mais tsé parce que des fois c'est comme, évidemment, c'est toujours un traité comme tsé oui y va y avoir un changement dans la sexualité et tout ça, mais tsé c'est pas… H : Y'aura un changement. F : Ouais non des fois c'est un peu, l'information rentre peut-être pas assez dans le détail. H : Mmm. F : Ça peut rass… peut-être que c'est moi, mais ça peut rassurer des gens que ce soit plus détaillé. C : Ok. F : Mais c'est mon point de vue là. H : Non j'pense que t'as raison. F : Tes recherches pourront dire après si je suis toute seule de ma gang ! [rires] C'est ça. Ouais. C : Ok.

			H : Pis d'y avoir accès quand on veut. F : Ouais, c'est ça l'idée. H : Que ce soit, que ce soit un guide, que ce soit Internet euh… F : Pas nécessairement attendre un rendez-vous comme 6 semaines plus tard là.
		- Information disponible au besoin	C : Hum… Et si on avait abordé la sexualité, quelque part dans les suivis ou dans les cours prénataux, qu'est-ce que vous pensez qui aurait été intéressant d'aborder ? F : Hum… Ben, moi j'pense que les femmes veulent savoir si c'est correct, si comme, c'est tu correct d'avoir des relations. C : Ok. H : Ouais. --- F : Est-ce que ça peut être dangereux ? Est-ce que… H : Ouais. --- F : Ou peut-être y'a tu des dangers hum… comme pour après là ? C : Mmm mmm.
		- Pour confirmer l'absence de danger (sexe = correct ?)	F : Attends un peu… la périnatalité, peut-être y'a tu des dangers par rapport aux relations sexuelles… F : Pis probablement que les femmes veulent savoir jusqu'à quand comme. H : Ouais. C : Ok.

		- Jusqu'à quand ? Quand reprendre ?	F : Ceux qui le savent pas déjà là. Probablement ça qui, qui nous rassemble. H : For sure ! --- H : Pis quand après aussi. C : Donc le retour… --- F : … sur comme après. Quand, combien de temps tu peux t'attendre. --- F : … mais peut-être que… y'a des femmes qui voudraient savoir tsé, veut dire. Mais même là, veut dire, y'a pas une norme non plus là, j'veux dire. H : Mmm mmm. F : Tsé, y'a des femmes qui vont peut-être attendre 6 mois, j'ai aucune idée là. Peut-être. Pis c'est tu normal, pour eux autres, c'est normal qu'y veulent. Pas pour les juger non. H : Non. F : Y veulent attendre 6 mois, y'ont le droit eux autres… je sais pas… H : Ben oui ! F : Oui y'ont le droit ! H : Mais là l'homme va peut-être perdre… F : Oui oui ! H : … sa tête ou… --- F : Y'avait ça, cette peur, et après aussi, je voulais savoir après, avec une césarienne, combien de temps il fallait attendre. C : Ok.

		- Contraception	F : … euh… contraception. Tsé moi j'avais condom dans la tête, on a utilisé ça, mais tsé y'a autres choses qui existent pis… si j'étais allée à mon rendez-vous, j'l'aurais peut-être su là, mais… C : Ok. F : Peut-être avant, peut-être que si j'l'avais su avant, ça aurait été différent. (rires) C : Ok.
		- Quoi faire quand ?	C : Donc, est-ce que y'a des sujets particuliers que vous auriez aimé ? F : Non, c'était surtout la sécurité, savoir quand est-ce que, voilà. Qu'est-ce qui, qu'est-ce qui était faisable, qu'est-ce qui fallait pas faire. C : Quand faire quoi ! F : Oui, quand faire quoi. Ouais, exactement. C : Littéralement. Ok. C'est intéressant. Parfait. --- C : … juste de dire, non, pas faire ça, oui, vous pouvez faire ça. H : Oui. C : Ok.
		- Information donnée tout le long de la grossesse et adaptée par période	C : Quand est-ce que vous auriez aimé qu'on vous parle de sexualité ? Au tout début de la grossesse ? Tout le long ? À la fin ? (rires) H : Probablement tout le long ça aurait pas été une mauvaise idée…

			F : Ouais. H : … puisque ça permet de passer les différentes étapes avec une meilleure compréhension au moment où t'en as besoin. C : Ok. H : Puisque c'est vraiment par période. Ben, chaque période a des spécificités… F : Chaque période vient avec son lot de questions… H : … ou ça vient avec des questions, donc. C : Ok, donc s'adapter littéralement à chaque période. H : Mmm mmm. C : Donner les informations sur cette période-là. H : Ouais. C : Ok. Ça c'est intéressant. Parfait. - Informations pour enlever mythes et idées préconçues C : Ok. Donc d'enlever les, de défaire les mythes, d'enlever les… H : Mmm mmm. C : … idées préconçues. H : Oui. C : Y', y'a beaucoup de ça en périnatalité, ou des fois juste…. H : Mmm mmm. C : … ben en sexopérinatalité… H : Mmm mmm…
3.2. Besoins envers la sexualité	3.2.1. Besoin d'information	-	H : J'pense que comme pour moi là, la seule chose ça l'a été de… pis c'est pas le temps demander de l'information, ça a été

(SUITE)	3.2.1.3. Être averti, prévenu et préparé		un peu avant de comme, de t'attendre à ça, on dirait que je m'attendais pas à ça, à la baisse totale de libido, euh, durant la grossesse. On dirait que je m'attendais pas à de passer de là si tu veux [signe haut] à là [signe un peu plus bas]. --- H : Bon ok, y va avoir une baisse, les gars y disaient aussi, faque on dirait que c'était plus ça en terme de savoir que ok ça peut arriver comme ça, y peut arriver ci, y peut arriver ça… C'était juste ça, parce qu'après ça, écoute quand tu lis et on en parle et tout ça, euh, regarde, tu te rends compte ben ok oui effectivement, c'est ben normal, ça arrive de même, pis c'est ci pis c'est ça… --- *H : Pis tu vois, regarde, pour une deuxième grossesse, ben là garde c'est clairement j'm'en attendrai, pis tout, j'dirai regarde, écoute c'est que ça a été, ça devrait être pareil. Pis sinon, y'aura, ben ça sera plus, ou quoi que ce soit.* *C : Vous aurez l'expérience…* *H : C'est ce à quoi je m'attendrais.* Si ça avait été juste ça de plus avec la première… Pis même chose après ça avec l'allaitement. --- H : Faque c'était vraiment juste ça, d'avoir eu un peu plus, ben regarde, y peut arriver ça pis c'est très fréquent. ---

			F : Moi c'est juste que j'aurais aimé savoir… on dirait que j'étais pas préparée à ce que ça soit si douloureux. C : Ok. Donc, avoir été prévenue un peu. F : Ouais… (silence) Ouais. --- F : Pis si, si le médecin m'aurait dit « non non, comme 6 mois après, même y'en a que c'est 1 an. »… --- C : Pis t'aurais aimé être prévenue pendant la grossesse pour tout ce qui arriverait après. F : Ouais. Ouais. C : Ok.
3.2. Besoins envers la sexualité *(SUITE)*	3.2.1. Besoin d'information 3.2.1.4. Traiter de la sexualité sans pudeur, sans tabou	-	F : … quelque chose, tsé, en tout cas moi ça me dérange pas là, mais tsé d'en traiter sans pudeur, sans tabou là. C : Ok. F : J'arrêtais pas de faire des blagues là-dessus, mais c'est… parce que j'disais que personne m'avait dit qu'après avoir accouché, j'aurais la vulve en chou-fleur pendant 10 jours tsé. C : Mmm mmm. F : Pis mais tsé c'est comme mon exemple du tabou par excellence là. [rires] Quand j'parle d'accouchement… C : C'est un bon exemple ! [rires de F] H : Ouais, des non-dits, des non-dits là.
3.2. Besoins envers la sexualité	3.2.1. Besoin d'information	- général	C : Mais, est-ce que vous auriez aimé que quelqu'un vous parle de sexualité, autant dans les cours prénataux, dans le

(SUITE)	3.2.1.5. Que quelqu'un parle de sexualité		professionnel, si tu avais été à ton rendez-vous… F : Oui, oui, oui ! (rires) Ben c'est sûr que oui… Tsé moi… H : Aimé ? F : … moi j'suis pas une personne qui est mal à l'aise quand on parle de sexualité, donc, c'est sûr que… Mais avoir eu un besoin, vu que ça allait bien, j'ai pas eu le besoin, mais l'avoir abordé, c'est sûr que c'est pas, ça fait pas de tort pour euh… les professionnels de la santé de demander, mais…c'est de l'aborder. --- F : C'est vrai ça qu'y'auraient pu, ap, y'auraient pu nous en parler ça ! De nous dire… H : Juste ça là ! --- C : Faque t'aurais aimé ça que quelqu'un t'en parle, te dise qu'est-ce qui peut arriver… F : Ouais… C : … dans les meilleurs cas, dans les pires cas. F : Ouais. --- C : Est-ce que vous auriez, est-ce que vous auriez quand même aimé, donc si un professionnel vous aurait, aurait abordé le sujet, est-ce que vous auriez aimé en parler, de sexualité ? F : Oui. C : Pendant et après, j'imagine ?

			F : Oui. C : Oui. Ok. --- C : Est-ce qu'il y aurait quelque chose qui aurait pu vous aider en matière de sexualité ? F : Mmm… C : Que quelqu'un en parle, tout d'abord, oui ! (rires) Je comprends. F : Oui, oui ! (silence – rires de F et H)
		- H n'aurait quand même pas aimé parler de sexualité avec un professionnel, même si besoin, car malaise/gêne	H : Sais pas. Mais j'ai pas, j'ai pas eu besoin, j'aurais pas nécessairement aimé ça… C : Ok. H : … plus que ça. Non. C : Donc y'avait pas de besoin, donc c'était pas nécessaire… F : Ouais, c'était ça… H : C'était pas nécessaire. Pis je suis pas sûr si y'avait un besoin non plus.
		- source avisée	C : Est-ce que tu pourrais dire que t'es plutôt satisfaite des informations trouvées ou plutôt insatisfaite ? F : Pas vraiment, parce que… C : Pas vraiment. F : Ouais, j'aurais préféré que ce soit quelqu'un de plus avisé. C : Ok. F : Quelqu'un qui sait vraiment, et non quelqu'un qui l'a juste vécu, mais qui l'a peut-être par coup de chance…

			C : Ok. F : … qui ne sait pas exactement. C : Ok. Parfait --- H : … tout en sachant que c'est quelqu'un qui maîtrise vraiment son sujet. Donc du coup, t'as pas besoin de te poser de questions en allant, donc sur des forums, où tu t'es dit que, d'ailleurs même, est-ce que c'est vrai tout c'que… (rires de H et C) … chacun sort une version différente. Tandis que là, si déjà t'as un médecin qui t'a indiqué des choses, mais si tu vas lire d'autres choses, tu vas avoir tendance à penser que c'qui va vers le médecin a déjà dit, c'est ça qui est la réalité. C : Plus crédible. H : C'est ça, donc euh. C : Ok. C'est intéressant. H : Mmm mmm. C : Ok. --- H : Donc la meilleure façon finalement de pouvoir gérer ça et de filtrer ça, c'est si effectivement y'a un professionnel qui te propose un service et qui là, ben, tu peux avoir des questions, plus ou moins de questions, il va pouvoir te fournir des réponses qui seront euh, au moins crédibles ! (rires de C) Parce que tu sais que oui, c'est son expertise. Même si dans ta culture on t'a fait croire que telle chose c'est A, peut-être qu'en fait que la réalité c'est que c'est un B et que y, pour que tu

			crois que c'est un B et pas un A, c'est vraiment un professionnel qui doit te le dire. C : Ok. Tout à fait. H : Mmm. Parce que les euh… les légendes de grand-mère, euh… (rires de C) etc, etc, c'est des trucs qui se reproduisent à long terme, mais au final, des fois, c'est… on peut se rendre compte que c'est vraiment ridicule, mais y'en a certains qui sont ridicules, mais si tu ne sais pas du tout et tu peux pas t'imaginer c'est pas vrai, tu vas toujours y croire… C : Pas d'autres références… H : … et puis tu vas le reproduire aussi. Donc euh… C : Ok.
3.2. Besoins envers la sexualité *(SUITE)*	3.2.2. Besoin de soutien 3.2.2.1. Être rassuré	-	C : D'autres choses, ou c'est, c'est, c'est donc… H : Que j'aurais voulu savoir ? Non, moi c'est… C : Juste rassurer. H : Juste rassurer.
3.2. Besoins envers la sexualité *(SUITE)*	3.2.2. Besoin de soutien 3.2.2.2. Normaliser	-	H : Pour moi, ça aurait été peut-être, si c'est standard que j'ai vécu le deux mois après ma baisse de, de, de drive, j'aurais peut-être voulu le savoir que c'était… F : Que quelqu'un te… H : …normal… F : Ouais. C : Ok. Donc normaliser l'expérience. H : Oui ! Oui, parce que tu le sais pas. Tu vas pas en parler en, en quelqu'un, pis tu te

			dis c'est juste moi ou j'suis, j'suis tu fou ou c'est juste, tsé c'est tu normal. Juste savoir que t'es normal, ça peut aider grandement. C : Ok. --- F : Parce que moi j'ai pensé que j'étais pas normale là. C : Ok. --- F : J'aurais tellement aimé que quelqu'un me dise « c'est normal d'avoir mal, même que c'est, le contraire est plus, plutôt étonnant. H : Mais le médecin te l'a dit. F : Oui, mais à ce point-là ? Comme, j'veux dire… Parce… --- F : …p is tsé, maintenant, moi ce que j'voulais savoir c'était une moyenne, c'était est-ce que je suis dans le 1 % que ça arrive. Tsé, j'suis dans quel pourcentage moi là là? Tsé… J'ai, ça des… H : Par rapport à quoi ? Par rapport à ton mal ? F : Ouais. H : Ok. C : Te normaliser… F : Ouais. C : … tu voulais savoir où est-ce que t'en étais. F : Ou, oui si euh, à con, à con, c'est quoi les risques que je sois dans le X pourcent que, qui ont pu jamais de plaisir en le

			faisant. Moi j'ai vraiment pensé ça. C : Ok. F : J'étais sûre, sûre, sûre. C : Ok --- F : Ben tu vois, comparativement à nous, moi, je, je voulais savoir où est-ce qu'on était. Je sais que chaque couple est différent, mais c'est ça, comme je disais, c'est important de savoir un petit peu où j'étais dans la moyenne là. C : Ok. F : Par rapport à toute la question de la douleur là, c'est, ça ça a été vraiment majeur là. Un gros gros questionnement là.
3.2. Besoins envers la sexualité *(SUITE)*	3.2.3. Besoin de ressources 3.2.3.1. Manque de ressources et de services accessibles	-	F : C'est vrai que si j'avais su où demander l'information, je l'aurais fait. C : Ok. --- H : Hum… c'est … ben, y'a beaucoup de services qui sont quand même assez disponibles pour euh, par exemple euh… c'est ton premier enfant, tu sais pas comment l'allaiter, comment le tenir, etc., y'a pas mal de services pour ça qui sont proposés. Y'a pleins d'associations qui sont disponibles aussi au-delà de ce que les euh, les, la ville en général va proposer. C : Mmm mmm. H : Mais c'est vrai que au niveau de la sexualité, ben, on dirait pas qu'y'a vraiment d'association qui propose des services ou qui sont en lien avec les euh,

			les centres médicaux pour pouvoir proposer ça, hum…On dirait que là y'a comme une, une sorte de manque, mais euh, peut-être que c'est, ça existe, mais en tout cas, c'est pas facile d'y accéder, donc euh…
3.3. Outils souhaités en matière de sexualité	3.3.1. Outil interactif 3.3.1.1. Site Internet	- Aurait aimé site fiable sur sexualité, mais n'en connaissait pas	F : Mais, ça peut euh, si je connaissais un, si je savais, si y'avait par exemple un site que qu'y était fiable pis que je pourrais tsé par exemple un organisme, qui est approuvé par une association quelconque là tsé… C : Mmm mmm. F : Par exemple sur la sexualité périnatale et tout ça, que j'pourrais fréquenter, ben j'l'aurais fait tsé. C : Ok. --- F : Mais si y'avait un site sur la sexualité, un bon site on l'aurait trouvé, pis tu l'auras lu. H : Ouais. F : Tu l'aurais tout lu. H : Ouais. F : Ben c'est ça. C : Ok. F : J'pense pas qu'y existe ce site-là. Peut-être, mais je le connais pas. H : Peut-être. F : Ouais, mais je suis pas tombée dessus. H : Si y'existe là. C : Y'a une partie qui existe, on va le dire comme ça.

		- Site o disponible en tout temps o confidentiel	F : Ah ok, y'a une partie qu'existe, ah c'est bon. C : Parfait. Hum… Vous l'avez un peu soulevé tout à l'heure, donc un site Internet sur le sujet. F : Ouais, ça c'est sûr que… C : En général… Est-ce qu'y avait d'autres choses, est-ce qui aurait quelque chose davantage que vous auriez aimé au niveau de la sexualité ? F : Mmm… Un bon site Internet qui euh… ce serait pas mal déjà. H : Parce que c'est disponible tout le temps… F : Parce que c'est disponible tout le temps… [en même temps ;] H : Parce que c'est, c'est confidentiel. / F : Ouais c'est ça, pour répondre aux questions… F : C'est assez confidentiel quand même… H : Parce que ouais… on peut aller voir… on peut… --- C : C'est excellent. Parfait. Donc site internet… --- C : Est-ce qu'il y a quelque chose qui aurait pu vous aider en matière de sexualité ? Là, je vous donne des idées là, mais tsé un, un site en particulier sur Internet, des dépliants… F : Oui, si y'avait un site qui était juste pour ça…

		- Site fiable affilié à/approuvé par organisme/association avec faits et chiffres pour normaliser	C : Donc, peut-être un site internet serait peut-être intéressant, avec des, mais des faits, des chiffres… F : Mmm mmm. C : … des statistiques pour rassurer, pour normaliser un peu les expériences. F : Pis un site fiable. C : Ok. F : Tsé, pas juste un site euh… Non, un site affilié à un hôpital, affilié, tsé quelque chose que tu te dis « ah c'est sûr que c'est correct là ». Parce que, tsé les recherches scientifiques là, j'en ai faites à l'école là, j'veux dire je sais comment reconnaître un bon article, un… mais on dirait que là, je, j'en ai pas trouvé. J… ouais… est-ce que j'ai assez cherché, à un moment donné, peut-être que si j'aurais fait une rech, tsé quelque chose de vraiment approfondi j'serais tombée sur quelque chose, mais… Ben… Est-ce que j'ai assez cherché ? J'pense que oui, mais peut-être pas suffisamment là, parce que j'ai pas trouvé qu'est-ce que je voulais. C : Ok.
3.3. Outils souhaités en matière de sexualité *(SUITE)*	3.3.2. Outils littéraires 3.3.2.1. Guide complet avec partie sur sexualité, comme au Québec	-	F : Ben sinon, pour l'Ontario, quelque chose d'aussi complet que le Mieux-Vivre. J'peux faire la comparaison, parce que le Mieux-Vivre aborde la sexualité quand même là. H : Je pense que le guide de l'Ontario l'aborde pas.

			F : Euh, je pense pas… Mais c'était pas le guide de l'Ontario, c'était le guide de Nestlé… H : De ce qu'on a reçu… [rires des 2] C'était le guide de Montfort. C : Avant c'était Pampers… F : Pis c'était Nestlé en plus. C'est comme un peu… Ben parce qu'y vende du lait, c'est comme, moi qui voulait allaiter, j'étais ben sceptique de Nestlé. [rires] C : Peut-être un équivalent du Mieux-Vivre… F : Ouais, quelque chose d'équivalent là. Ben le Mieux-Vivre de toutes façons est en ligne au Québec. H : Ouais mais un Ontarien par exemple… F : Ouais non je sais… H : Qui connaît même pas l'existence du, de ce guide-là… F : Ouais. C : Ok. F : Mais ouais non quelque chose… H : C'est assez formidable. F : Un guide qui est bien fait, qui couvre la sexualité, pis tsé qui la couvre pas hum…pas dans le tabou là. C : Ok. F : Tsé qui, parce que même encore faut dire que dans les guides c'est comme, pas de, personne te dire que tu peux avoir un tendon étiré pis ça peut faire mal après… H : Exact. T'as raison. F : Tsé y faut… J'pense que ça pourrait aller plus loin dans le propos là. Dans la…

			C : Ok. C'est pas nécessairement complet en tant que tel. F : Ouais, non…
3.3. Outils souhaités en matière de sexualité *(SUITE)*	3.3.2. Outils littéraires 3.3.2.2. Dépliant sur sexualité donné informellement	- Dépliant sur la sexualité, puisqu'ils en reçoivent tellement eu (cordes, allaitement)	H : Juste un dépliant, ou je sais pas trop là ! F : Oui c'est vrai ! Un dépliant juste là-dessus ! Y nous en ont donné tellement de dépliants ! H : Mmm. F : Hein ? Des dépliants sur hum… (rires)… le som… non mais y'avait un dépliant pis là c'était comme toutes les cordes des, des, hum… C : Tous les dangers potentiels. H : Ah oui… F : Pis t'avais tous les, j'ai dit mon dieu j'en ai pleins dans la maison, c'est comme ! Les cordes, les cordes des stores ! H : Habituellement… parce que dans à peu près deux semaines là a va ramper, pis t'as tu la corde, a touche quasiment à terre ! F : Ah oui je sais ! H : Iiiiiii ! (rires) F : Tsé, y'avait un dépliant là-dessus ! On les a tous eu les maudits dépliants là ! C : Ok. F : Donc y pourrait y avoir un dépliant sur la sexualité, ça serait déjà une affaire, hein ? H : Juste un, peut-être. F : Ahhh ! H : Très informel là, d'une façon là, tiens voici le dépliant là. (rires de F)

			C : Lisez-le, lisez-le pas. F : C'est ça ! C : Vous l'avez. (rires) --- F : Mais c'est vrai qu'y'aurait pu, y'aurait pu y avoir à moment donné quelque chose dans les dépliants, vu qu'y n'ont pas abordé beaucoup… C : Y'en donnent eux en plus… --- C : Donc l'idée ce serait peut-être d'avoir un dépliant qui pourrait être mis dans tous les autres dépliants, subtilement… on laisse trainer ça… H : Ça peut être flagrant aussi, mais, mais qu'y ait quelque chose peut-être juste là-dessus pour que la personne… Ah ok, c'est important, peut-être, parce que y'a un… F : Oui ! H : … un dépliant, ok. Puis, j'vais peut-être le feuilleter, j'vais peut-être cacher, peut-être, tsé j'sais pas, à quelque part, je vais le lire juste pour le savoir. Mais je veux pas que le monde sache que j'ai besoin de d'ça. C : Ok. H : Hum… F : Parce que j'trouvais qu'y'avait tellement, y nous ont donné tellement d'informations sur l'allaitement. C : Oui. F : Oh mon dieu, ça finissait pu ! C : C'est pro allaitement. F : Tsé, c'est pro allaitement, pis…

			H : Y poussent là… F : … moi j'voulais, faque c'était correct, mais comme y pourrait avoir d'autres choses aussi qui sont, ou d'avoir comme 4 documents sur l'allaitement… (rires de C) H : J'sais pas, tu revenais de pleins de place avec des, des, des, dossiers, des filières ! (rires de F) J'pense qu'on a un tas haut de même ! (rires) C : C'est normal ! (rires de tous) C'est normal. F : Ça serait bien qu'y ait comme un, on va dire comme un dépliant, pis qu'y'est sexualité pendant la grossesse, pis après aussi. C : Ok. F : Ouais, ça serait bon.
		- Professionnel peut créer ouverture en remettant dépliant	H : Pis tsé, une façon de le remettre aussi, tsé, si, c'est quelqu'un, un professionnel, tsé c'est pas… t'as… pas l'aborder directement mais dire « voici un dépliant là-dessus, si jamais t'as des questions ». C : Ok, donc ça serait une ouverture au sujet. H : Ouvre la porte, pis tu sais jamais. C : Ok. C'est intéressant ça. H : Ouais. C : Ok.
		- Dépliant donnés pendant grossesse, car plus de temps pour les lire	F : … ou qu'on donnait des dépliants à l'hôpital ou quelque chose ça, ça aurait été vraiment bien. C : Vous avez eu le, le stack de dépliants

			qu'on donne à tous les parents là. H : Ouais, ouais, y'a beaucoup de… F : Mais c'était quand même, on accouche avec nouveau bébé, on apprend constamment, pas le temps pour des milliers de dépliants… C : J'imagine. F : Ouais. On dort pratiquement pas, y'a la fatigue de l'accouchement, on est là, c'est pratiquement comme un zombie-là, c'est… On veut vraiment pas lire ! C : Ok, donc peut-être plus le passer verbalement. F : Oui, mais parce que avant l'accouchement, on a assez de temps. C : Ok. F : À ce moment, les dépliants, c'est facile de lire, c'est facile de se documenter. Mais… bon. C : Ok, donc quelque chose pendant la grossesse, qui parle de la grossesse, mais aussi du après. Pour préparer. F : Mmm.
		- Ambivalence envers dépliant	C : Est-ce que ça serait intéressant d'avoir un dépliant peut-être ? Un, ben pendant la grossesse… H : Mais le problème c'est que souvent j'pense pas que les gens liraient forcément un dépliant. C : Ok. H : Ah ou y vont l'aborder, mais… hum… est-ce que, quand ça va commencer à parler de choses qu'en générale y se disent

			c'est pas important, est-ce qu'ils vont continuer ? Ça c'est si donc, ils ont commencé à passer à travers les dépliants. C : Mmm mmm. H : Y'a trop de choses en fait, à lire, y'a trop de choses disponibles. C : Ok. H : Donc la s… le… fournir les, les ressources où en fait c'est l'individu qui doit faire l'effort pour aller les chercher… C : Mmm mmm. H : … j'pense pas que dans, dans la façon qu'on on est en train d'évoluer actuellement, c'est quelque chose qui serait la meilleure option. C : Ok. H : Parce qu'en fait le… on va choisir la solution de facilité qui est de, euh, la paresse, tout simplement. --- H : Tandis que si on te donne simplement les dépliants, oui, c'est vrai qu'y'aura peut-être l'information… tu vas pas forcément le lire… F : C'est vrai. H : Et si tu le lis et que tu as plus de questions, est-ce que tu vas te pas te demander si… ben, c'est le maximum que j'ai eu, donc. C : Ok. J'aime ça ! C'est, c'est un excellent point de vue ! H : Mmm. C : Merci, non ça me… ça m'aide beaucoup dans la réflexion de sexologue.

			Ok.