

Trauma périnéal à l'accouchement, intimité, ajustement dyadique et fonction sexuelle de nouveaux couples parentaux

Isabelle Lessard, BA;¹ Catherine de Pierrepont, PhD;¹ Audrey Brassard, PhD;¹
Viola Polomeno, IA, PhD²

¹Université de Sherbrooke, Département de psychologie, Sherbrooke, QC

²Université d'Ottawa, École des sciences infirmières, Ottawa, ON

Résumé

Objectif : Cette étude s'intéresse aux traumatismes du périnée lors de l'accouchement et à leurs liens avec les difficultés conjugales et sexuelles postnatales qui s'expriment par l'intimité perçue et la fonction sexuelle chez les nouveaux couples parentaux ontariens.

Méthodologies : Dans le cadre d'une étude rétrospective sur l'expérience intime et sexuelle périnatale, 67 couples canadiens francophones de l'Ontario (hétérosexuels avec un premier enfant âgé entre 6 et 12 mois) ont été recrutés. Ils ont rempli des questionnaires en ligne comprenant des questions sur la gravité du trauma au périnée et des questionnaires validés évaluant l'intimité sexuelle perçue, l'ajustement dyadique, ainsi que la fonction sexuelle.

Résultats : Des analyses de médiation basées sur le modèle d'interdépendance acteur-partenaire ont été menées et ont révélé que la gravité du trauma au périnée est liée à la perception d'une baisse de l'intimité et à une plus faible fonction sexuelle chez la femme. De plus, la perception de baisse de l'intimité et la faible fonction sexuelle chez l'homme et la femme sont liées à un plus faible ajustement dyadique des partenaires.

Conclusion : L'étude appuie la pertinence d'accompagner les femmes ayant vécu un trauma au périnée à l'accouchement ainsi que leur partenaire.

Abstract

Objective: This study focuses on perineal trauma during childbirth and its relationship to postnatal marital and sexual issues as expressed by the sexual function and perceived intimacy of new parent couples in Ontario.

Methods: As part of a retrospective study on perinatal intimate and sexual experiences, 67 Canadian French-speaking couples from Ontario (heterosexual couples with their first child between 6 and 12 months of age) were recruited. They filled out online

Mots clés : Trauma du périnée, intimité, ajustement dyadique, fonction sexuelle, couples parentaux

Corresponding Author: D^{re} Catherine de Pierrepont, Université de Sherbrooke, Département de psychologie, Sherbrooke, QC.
catherine.de.pierrepont@usherbrooke.ca

Received on November 15, 2017

Accepted on March 1, 2018

questionnaires that included questions about the severity of the perineal trauma and validated questionnaires that evaluated perceived sexual intimacy, dyadic adjustment, and sexual function.

Results: Mediation analyses based on the actor-partner interdependence model were conducted and revealed that the severity of perineal trauma is linked to the perception of decreased intimacy and to weaker sexual function for the woman. Furthermore, the perception of decreased intimacy and the weak sexual function of the man and the woman are related to a weaker dyadic adjustment for the partners.

Conclusion: The study emphasizes the importance of supporting women who have experienced perineal trauma due to childbirth, as well as their partners.

Copyright © 2018 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

J Obstet Gynaecol Can 2018;40(11):1437–1444

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.03.003>

INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Les traumatismes au périnée de la femme sont courants lors de l'accouchement, qu'ils soient le résultat d'une épisiotomie¹ ou d'une déchirure naturelle. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)², 64,1 % des femmes canadiennes ayant accouché ont eu des points de suture à la suite d'une déchirure périnéale ou d'une épisiotomie, procédure dont le taux était estimé à 17 % au Canada en 2010³. Plusieurs facteurs de risque peuvent expliquer les traumatismes périnéaux, notamment l'expulsion trop rapide du bébé à l'accouchement, la pratique de l'épisiotomie ainsi que l'accouchement vaginal assisté (avec forceps ou ventouse)^{2, 4}.

Les effets du trauma au périnée sur la fonction sexuelle féminine ont été largement documentés. Chez les femmes primipares, le trauma périnéal est associé à une fréquence

moins des activités sexuelles et à une moins bonne fonction sexuelle en période postnatale, et ce, jusqu'à six mois après l'accouchement⁵⁻⁷. Une revue de la littérature scientifique⁸ a également indiqué que la présence de douleurs sexuelles résultant de traumatismes périnéaux est la dysfonction sexuelle la plus fréquente en période postnatale.

Pour leur part, les liens entre les traumatismes périnéaux et l'ajustement dyadique du couple en période postnatale sont peu documentés. Si plusieurs auteurs ont montré l'importance de s'intéresser à l'ajustement dyadique des couples en période postnatale^{9, 10}, notamment à la satisfaction conjugale¹¹⁻¹³, aucune étude ne l'a exploré en lien avec les traumatismes périnéaux. De plus, l'intimité conjugale mérite également une attention particulière en période postnatale, puisqu'elle tend à diminuer^{14, 15}. Plusieurs auteurs soulignent le rôle clé de l'intimité qui, avec la sexualité, constitue une composante étroitement et intrinsèquement liée à l'ajustement dyadique et à la satisfaction conjugale des couples de nouveaux parents^{9, 16, 17}.

Les différentes études ayant porté sur l'ajustement dyadique et sur l'intimité en contexte périnatal soulignent toutes l'importance d'évaluer les deux partenaires pour mieux comprendre ces phénomènes de couple, mais aucune étude n'a à ce jour lié l'ajustement dyadique aux traumatismes périnéaux et n'a considéré l'intimité comme un facteur explicatif (ou médiateur) des liens entre trauma périnéal et fonction sexuelle ainsi qu'entre trauma périnéal et ajustement dyadique. De façon originale, la présente étude vise donc à explorer les liens possibles entre les traumatismes périnéaux, l'intimité conjugale, la fonction sexuelle et l'ajustement dyadique postnataux auprès des deux membres de couples de nouveaux parents.

MÉTHODOLOGIE

Participants

Le recrutement de participants a été effectué en 2013 et 2014 dans le cadre d'une plus large étude rétrospective sur

ABRÉVIATIONS

APIM	Actor-Partner Interdependence Model
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BMSFI	Brief Male Sexual Function Index
DAS	Dyadic Adjustment Scale (Échelle d'ajustement dyadique)
ERI	Échelle de relation intime
ÉT	Écart type
FSFI	Female Sexual Function Index
<i>M</i>	Moyenne
<i>N</i>	Nombre

l'expérience sexopérinatale. Au total, 67 couples parentaux ($N = 134$) ont été recrutés. Les critères d'inclusion ciblaient des couples hétérosexuels francophones habitant l'Ontario (Canada) et vivant ensemble depuis au moins un an avant la grossesse. Les couples devaient être des nouveaux parents d'un premier enfant âgé de 6 à 12 mois né à terme d'une grossesse et d'un accouchement sans complication. L'âge des participants se situait entre 22 et 39 ans. Une majorité de couples étaient mariés (77,6 %), tandis que les autres (22,4 %) étaient en union de fait. Les couples cohabitaient depuis en moyenne 4,9 ans (variant de 2 à 12 ans). Pour ce qui est du niveau d'éducation, 26,8 % des femmes et 14,9 % des hommes avaient obtenu un diplôme de niveau secondaire, 58,2 % des femmes et 47,8 % des hommes avaient obtenu un baccalauréat, et 14,9 % des femmes et 37,3 % des hommes avaient terminé des études supérieures. Le revenu familial se situait entre 40 000 \$ et 59 999 \$ pour 0,7 % des couples, entre 60 000 \$ et 79 999 \$ pour 21,6 % des couples, entre 80 000 \$ et 99 999 \$ pour 26,1 % des couples, et à 100 000 \$ et plus pour 47,8 % des couples.

Instruments

Des questionnaires en ligne sur la plateforme virtuelle *FluidSurveys* ont été remplis par chaque participant 6 à 12 mois après la naissance de son enfant. Chaque partenaire du couple a reçu et a rempli ses propres questionnaires de façon individuelle, le tout sans recevoir de compensation, mais en étant admissible à un tirage de cartes-cadeaux à la fin de l'étude.

Trauma

Le degré de trauma périnéal a été évalué avec les trois questions suivantes issues d'un questionnaire maison autorapporté auquel la femme a répondu : 1) avez-vous subi une épisiotomie? (Oui/Non); 2) avez-vous subi des lacérations ou des déchirures? (Oui/Non); 3) si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, à quel degré étaient les lacérations/déchirures? (1^{er} degré, 2^e degré, 3^e degré, 4^e degré). Les réponses reflétaient la compréhension de la femme de ce qui lui a été communiqué par l'équipe médicale lors de l'accouchement. Quatre types de traumatismes périnéaux possibles selon le degré de déchirure du périnée ont été définis. Un score de 0 correspond à l'absence de déchirure, un score de 1, à une déchirure de 1^{er} degré, un score de 2, à une déchirure de 2^e degré ou à une épisiotomie, un score de 3, à une déchirure de 3^e degré, et un score de 4, à une déchirure de 4^e degré.

Échelle de relation intime (ERI)

L'Échelle de relation intime, la version française de *l'Intimate Relationship Scale* de Hetherington et Soeken¹⁸, est une mesure de perception du changement dans l'intimité en période

postnatale comprenant des composantes émotionnelles, sexuelles, physiques et cognitives (p. ex., sentiments envers l'autre, tendresse, communication). Le score global est obtenu en faisant la moyenne des 19 items, avec un score possible variant de 1 à 5. Plus le score global obtenu est élevé, plus la relation intime s'est améliorée : les partenaires se sentent alors plus proches et plus connectés l'un à l'autre. La version française validée et vérifiée par un panel d'experts en périnatalité a été développée par Polomeno¹⁹. L'alpha de Cronbach original de Hetherington et Soeken¹⁸ est de 0,86. Dans la présente étude, l'alpha de Cronbach de l'ERI pour les femmes est de 0,88 et celui pour les hommes est de 0,77. La validité convergente de l'ERI est appuyée par une corrélation positive avec le *Relationship Change Scale*²⁰, un questionnaire évaluant les changements dans la relation de couple.

Échelle d'ajustement dyadique (DAS)

L'Échelle d'ajustement dyadique²¹ est la version française de la *Dyadic Adjustment Scale* créée par Spanier²². La DAS évalue l'ajustement dyadique des partenaires d'un couple au moyen de 32 items. Le score global est formé de la somme des scores de chaque item et varie entre 0 et 151. Un score élevé reflète un bon ajustement dyadique, qui signifie que les partenaires sont satisfaits de leur relation, qu'ils s'entendent bien, que leurs conflits sont limités, qu'ils se démontrent de l'affection réciproque et qu'ils ont une cohésion de couple positive. L'alpha de Cronbach de la version originale anglaise est de 0,96²², alors qu'il atteint 0,97 pour les femmes et 0,96 pour les hommes dans la présente étude. La DAS possède une bonne validité convergente avec le *Locke-Wallace Marital Adjustment Test*²³, un autre questionnaire mesurant l'ajustement dyadique²².

Index de la fonction sexuelle féminine

Rosen et al.²⁴ ont créé le *Female Sexual Function Index* (FSFI), traduit librement « Index de la fonction sexuelle féminine ». Il comprend 19 items et mesure six domaines de la fonction sexuelle féminine : désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur. Une traduction française validée est accessible librement en ligne – c'est la version qui a été utilisée dans cette étude. Le score global se situe entre 2 et 26 et est obtenu par l'addition des résultats de chacun des domaines, qui sont multipliés par un facteur spécifique (désir = 0,6; excitation et lubrification = 0,3; orgasme, satisfaction et douleur = 0,4). Plus le score est élevé, moins il y a de dysfonctions sexuelles. L'alpha de Cronbach original est de 0,97, alors qu'il atteint 0,91 au sein du présent échantillon. La validité divergente du FSFI a été établie²⁴ avec le *Locke-Wallace Marital Adjustment Test*²³.

Index bref de fonction sexuelle masculine

L'Index bref de fonction sexuelle masculine, la version française du *Brief Male Sexual Function Index* (BMSFI)²⁵, mesure

la fonction sexuelle masculine. Il contient 11 items répartis en cinq domaines : excitation/désir, érection, éjaculation, problèmes et satisfaction. Un score est obtenu pour chaque sous-échelle par l'addition des réponses de chaque domaine, et le score global est calculé par l'addition des scores de chaque sous-échelle. L'étendue des scores possibles est de 0 à 44. Plus le score est élevé, moins il y a de dysfonctions sexuelles. L'alpha de Cronbach de la version originale est de 0,94²⁶, alors que celui de cette étude atteint 0,83. La validité discriminante du BMSFI a été soulignée par O'Leary et al.²⁵ pour trois des cinq domaines (les résultats concernant l'excitation et l'éjaculation sont limités par des problèmes méthodologiques).

Stratégie d'analyse

Des corrélations préliminaires ont été menées sur l'ensemble des variables à l'étude. Puis, des analyses acheminatoires (*path analyses*) s'appuyant sur le *Actor Partner Interdependence Model* (APIM)²⁷ ont été menées pour nous permettre de tenir compte de la non-indépendance des deux membres du couple et d'examiner les effets de type acteur (p. ex., l'effet de l'intimité de la femme sur son propre ajustement dyadique) et les effets de type partenaire (p. ex., l'effet de l'intimité de la femme sur l'ajustement dyadique de son conjoint). Ces analyses ont été conduites sur 5 000 échantillons avec le logiciel Amos 22, selon la procédure de rééchantillonnage de Preacher et Hayes²⁸, afin de vérifier la signification des effets indirects évaluant la présence de médiation.

Considérations éthiques

Ce projet a été approuvé consécutivement par trois comités d'éthique, soit celui d'une université (Sciences et science de la santé) (n° H06-13-06), celui d'un hôpital (n° CP-01-04-14) et celui d'une unité de santé publique (n° 192-14) à Ottawa.

RÉSULTATS

Le **Tableau 1** présente les statistiques descriptives et les corrélations préliminaires entre les variables à l'étude. Les analyses révèlent que le trauma périnéal est lié à la perception d'une baisse d'intimité chez la femme et à la plus faible fonction sexuelle de la femme, mais non de l'homme. Toutes les autres variables sont significativement corrélées entre elles.

Pour mieux comprendre les liens entre les différentes variables à l'étude, nous avons testé trois modèles dyadiques de médiation, présentés à la **Figure**. D'abord, la **Figure** a révélé que la gravité du trauma est liée à la perception d'une baisse de l'intimité chez la femme, mais pas chez l'homme. De plus, la perception d'une baisse de l'intimité chez la femme et chez l'homme est liée à un plus faible ajustement dyadique de la

Tableau 1. Statistiques descriptives et coefficients de corrélations

	1	2	3	4	5	6	7
1. Trauma	1						
2. Intimité perçue – femme	-0,246 ^a	1					
3. Intimité perçue – homme	-0,138	0,677 ^b	1				
4. Ajustement dyadique – femme	-0,056	0,852 ^b	0,808 ^b	1			
5. Ajustement dyadique – homme	-0,020	0,754 ^b	0,827 ^b	0,935 ^b	1		
6. Fonction sexuelle – femme	-0,341 ^b	0,817 ^b	0,597 ^b	0,756 ^b	0,650 ^b	1	
7. Fonction sexuelle – homme	0,003	0,634 ^b	0,757 ^b	0,782 ^b	0,778 ^b	0,654 ^b	1
<i>M</i>	1,075	2,451	2,906	119,400	121,932	23,25	38,303
<i>ÉT</i>	1,185	0,469	0,332	19,227	18,115	6,70	5,711
Asymétrie	0,527	-0,140	-0,970	-0,994	-0,876	-0,235	-1,082
Aplatissement	-1,110	-0,769	1,270	1,024	0,226	-0,549	0,543

^a*P* < 0,05.^b*P* < 0,01.

femme et de l'homme, et ce, autant sur le plan des effets de type acteur que des effets de type partenaire. Enfin, un seul effet indirect significatif (ou de médiation) a été obtenu, soit celui liant la gravité du trauma périnéal à un plus faible ajustement dyadique de la femme par l'entremise d'une baisse de l'intimité perçue par la femme (Tableau 2).

La Figure b, quant à elle, souligne que la perception d'une baisse de l'intimité chez la femme est liée à une plus faible fonction sexuelle de la femme et de l'homme, tandis que la perception d'une baisse de l'intimité chez l'homme est seulement liée à une plus faible fonction sexuelle de l'homme. De plus, au-delà du lien direct entre le trauma périnéal et la plus faible fonction sexuelle de la femme, un effet indirect significatif (ou médiation) est présent, soit celui liant la gravité du trauma périnéal à une plus faible fonction sexuelle de la femme par l'entremise d'une baisse de l'intimité perçue par la femme (Tableau 2).

Enfin, la Figure c montre également que la gravité du trauma est liée à une plus faible fonction sexuelle de la femme, mais pas de l'homme. De plus, une plus faible fonction sexuelle de la femme et de l'homme est liée à un plus faible ajustement dyadique de la femme et de l'homme, et ce, autant sur le plan des effets de type acteur que des effets de type partenaire. Or, dans ce modèle, aucun effet indirect ne s'est avéré significatif (Tableau 2).

DISCUSSION

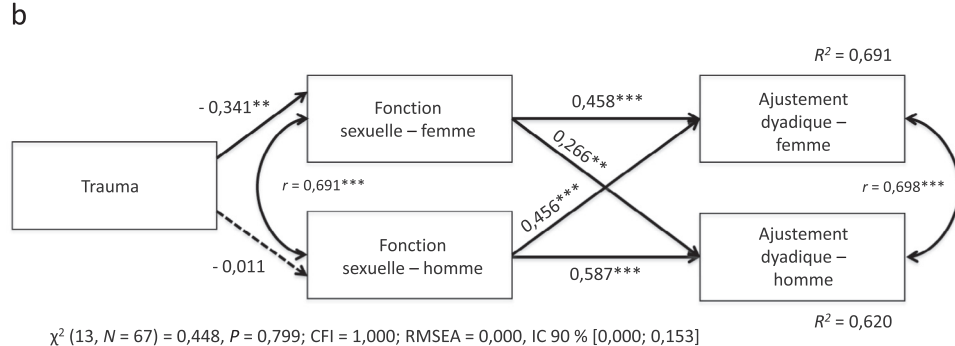
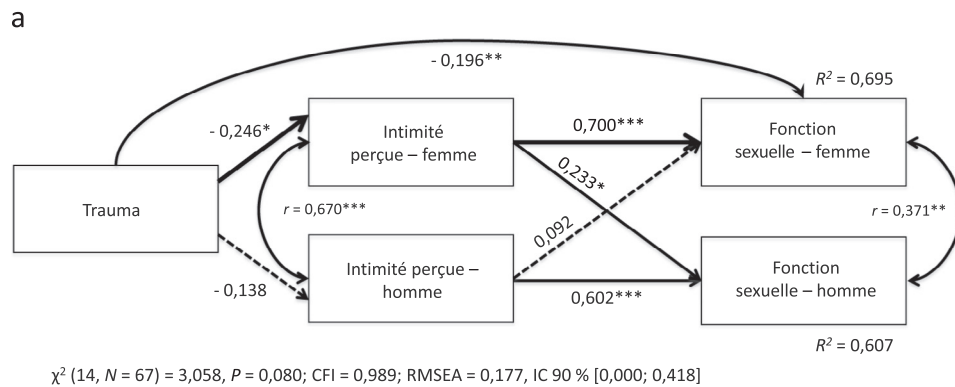
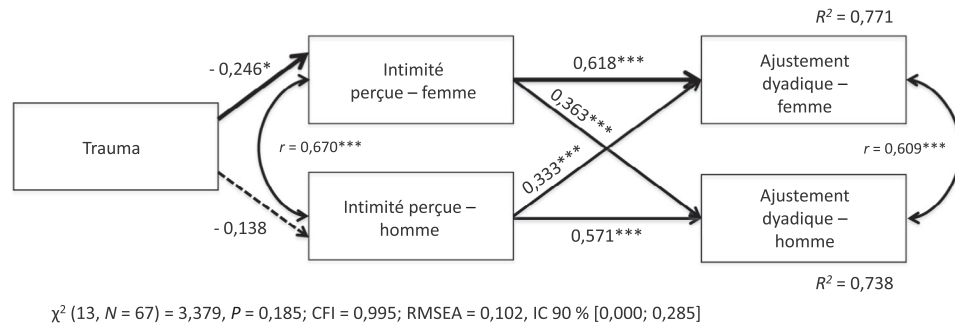
Cette étude permet d'appuyer les recherches antérieures et de mettre en lumière certains résultats novateurs dans la littérature périnatale. D'abord, ils révèlent que la gravité du trauma périnéal chez la femme est liée à une plus faible

fonction sexuelle de celle-ci, ainsi qu'à une perception d'une baisse de l'intimité chez la femme, ces premiers résultats corroborant plusieurs études antérieures ayant démontré des liens entre traumatismes périnéaux et fonction sexuelle^{5, 6}. En effet, plus la femme a vécu un trauma important au périnée, plus l'inconfort ou la douleur peuvent être importants lors des activités sexuelles⁸. Cet état peut nuire à la fonction sexuelle générale, la douleur pouvant faire en sorte que toutes les phases de la réponse sexuelle sont altérées par effet domino, du désir sexuel jusqu'à l'excitation, la lubrification, l'orgasme et la satisfaction^{24, 29}. En outre, la douleur, de même que la peur et l'anticipation de la douleur peuvent réduire ou freiner la disponibilité affective et sexuelle ainsi que la capacité et le désir de la femme à se sentir proche de son partenaire et à lui démontrer de l'affection, teintant ainsi négativement sa perception de l'intimité^{29, 30} et limitant les rapprochements intimes et sexuels chez certaines nouvelles mères^{31, 32}.

Par ailleurs, la perception d'une baisse de l'intimité chez la femme comme chez l'homme s'est avérée liée à un plus faible ajustement dyadique chez la femme et chez l'homme, et ce, tant sur le plan des effets de type acteur que des effets de type partenaire. Pour plusieurs auteurs³⁰, l'intimité perçue par les deux partenaires est significativement liée à leur satisfaction conjugale, l'une des composantes de l'ajustement dyadique. Ainsi, lorsqu'un des deux partenaires a l'impression d'être moins connecté à l'autre et moins proche de lui depuis l'arrivée de l'enfant, son évaluation de la qualité de sa relation de couple de même que celle de son ou sa partenaire s'en trouvera affaiblie. Également, la perception d'une baisse de l'intimité chez la femme est liée à une plus faible fonction sexuelle chez elle et chez son partenaire, alors qu'une baisse de l'intimité perçue par l'homme est seulement liée à une

Figure. Effets médiateurs a) de l'intimité perçue de la femme et de l'homme sur les liens entre la gravité du trauma au périnée et l'ajustement dyadique des partenaires; b) de l'intimité perçue de la femme et de l'homme sur les liens entre la gravité du trauma au périnée et la fonction sexuelle de la femme et de l'homme; c) de la fonction sexuelle de la femme et de l'homme sur les liens entre la gravité du trauma au périnée et l'ajustement dyadique des partenaires.

Notes. Les coefficients présentés sont des coefficients de régression standardisés. Les traits plus foncés représentent les liens indirects significatifs. * $P < 0,05$. ** $P < 0,01$. * $P < 0,001$.**



baisse de sa fonction sexuelle. Selon Rosen et al.³⁰, la perception d'intimité au sein de la relation conjugale est fondamentalement liée à la fonction sexuelle des femmes. De plus, Basson²⁹ souligne que si les femmes perçoivent que les relations sexuelles peuvent contribuer à leur intimité de couple en augmentant l'engagement, la connexion et l'affection entre les partenaires, elles sont plus enclines à leur accorder la priorité, favorisant ainsi leur fonction sexuelle. Enfin, au-delà du trauma périnéal, une plus faible fonction sexuelle de la femme et de l'homme est liée à un plus faible

ajustement dyadique, et ce, tant chez la personne elle-même (effet de type acteur) que chez son ou sa partenaire (effet de type partenaire), ces deux composantes étant considérées comme étroitement liées entre elles chez les femmes et chez les hommes^{33, 34}. Ainsi, si la fonction sexuelle de l'un des partenaires est altérée en contexte postnatal, notamment en raison d'un trauma au périnée chez la femme, cela peut contribuer à un moindre ajustement conjugal chez lui ainsi que chez son partenaire, entre autres en raison de potentiels conflits (ou faible consensus) entre les

Tableau 2. Effets indirects standardisés

Prédicteur	Critère	Médiateur	Effet indirect			
			β	SE	P	IC 90 %
Trauma	Ajustement dyadique – femme	Intimité perçue – femme	-0,198	0,107	0,069	[-0,371; -0,019]
	Ajustement dyadique – homme	Intimité perçue – femme	-0,168	0,107	0,127	[-0,334; 0,007]
Trauma	Fonction sexuelle – femme	Intimité perçue – femme	-0,185	0,092	0,048	[-0,323; -0,022]
	Fonction sexuelle – homme	Intimité perçue – femme	-0,140	0,099	0,177	[-0,286; 0,031]
Trauma	Ajustement dyadique – femme	Fonction sexuelle – femme	-0,161	0,105	0,120	[-0,332; 0,010]
	Ajustement dyadique – homme	Fonction sexuelle – femme	-0,097	0,105	0,363	[-0,273; 0,070]

NOTE: IC 90 % = Intervalles de confiance à 90 % basés sur 5 000 échantillons.

conjoints, d'insatisfactions à l'égard de la relation, ou encore d'un sentiment de cohésion plus faible.

De façon originale, la présente étude révèle que la gravité du trauma périnéal est liée à un plus faible ajustement dyadique de la femme et à une plus faible fonction sexuelle de la femme par l'entremise d'une baisse de l'intimité perçue par la femme. Les liens entre ces variables n'ont pas encore été étudiés en contexte périnatal à ce jour; il est donc impossible de les comparer avec des données probantes similaires. Il est toutefois possible d'avancer l'hypothèse que la présence d'un trauma périnéal peut diminuer la disponibilité et la réceptivité de la femme à l'intimité avec son partenaire, ce qui colore sa perception de son ajustement dyadique. En ce sens, Rosen et al.³⁰ ont suggéré que l'intimité pouvait être un médiateur entre la douleur génitale et le bien-être sexuel des femmes, ce qui concorde avec les résultats obtenus. Il est donc possible que plus la femme a vécu un trauma périnéal important, plus elle rapporte des difficultés sexuelles, notamment en raison de l'impression d'avoir perdu le contact intime avec son partenaire.

Implications

Compte tenu des implications possibles d'un trauma au périnée pour le couple, le massage du périnée pendant la grossesse, dont l'efficacité a été maintes fois démontrée^{1, 4}, gagne à être enseigné davantage dans les différents suivis et rencontres prénataux. Des formations adaptées au personnel périnatal (obstétriciens-gynécologues, médecins de famille, sages-femmes, infirmiers et infirmières, doulas, éducateurs périnataux) sont par le fait même de mises. Il serait aussi pertinent d'étudier l'impact positif ou négatif d'autres pratiques périnatales (p. ex., application de compresses au périnée entre les contractions, étirement du périnée, contrôle de la poussée) afin de déterminer et de favoriser celles qui pourraient réduire les risques de traumatismes au périnée et de documenter celles qui pourraient les augmenter^{1, 4}. Enfin, aiguiller les femmes ayant un trauma périnéal vers la

physiothérapie ou la rééducation périnéale est une piste d'intervention intéressante³⁵.

La transmission généralisée d'information juste, claire et pertinente en matière de sexualité postnatale aux couples parentaux lors des suivis et rencontres périnataux par les divers professionnels de la santé est importante³¹. Les possibles répercussions du trauma périnéal sur la vie sexuelle et conjugale sont des aspects à intégrer à cette éducation sexopérinatale pour faciliter l'adaptation intime et sexuelle des couples. Par ailleurs, afin de prévenir ou de réduire les difficultés et les défis inhérents à l'arrivée d'un enfant, il serait pertinent d'offrir au couple en suivi prénatal une formation ou un atelier qui lui permettrait de recevoir une telle éducation sexopérinatale pour renforcer en amont sa cohésion et son intimité³⁶. Enfin, si certains couples vivent des difficultés affectives, psychologiques ou relationnelles plus importantes, il est pertinent de les diriger rapidement vers les ressources appropriées (psychologues, sexologues, groupes de soutien, centres de santé, organismes communautaires)^{31, 36}.

Forces, limites et pistes pour la recherche future

L'échantillon de cette étude était limité en taille et non représentatif de la population générale, notamment en raison du nombre élevé de critères d'inclusion qui a restreint la participation. Toutefois, l'étude de cas descriptive et exploratoire plus vaste d'où les présents résultats sont extraits mettait l'accent sur la représentativité théorique et visait les cas les plus informatifs en vue d'améliorer la compréhension d'un phénomène peu étudié³⁷. Une autre limite concerne la validité du diagnostic du degré du trauma périnéal, obtenu par un questionnaire maison autorapporté et non confirmé par un professionnel de la santé, par un dossier médical ou un instrument validé. Une étude ultérieure devrait trianguler cette information.

De façon originale, la cueillette des données auprès des deux membres du couple a permis de mener des analyses

dyadiques. Considérant les limites temporelles entourant l'étude rétrospective originelle et le fait que la population étudiée est difficile à recruter parce qu'elle change rapidement, le biais de rappel possible est justifié, d'autant plus qu'il s'inscrit dans les normes d'études précédentes^{38, 39}. Les études futures devraient favoriser des devis longitudinaux et recruter des échantillons de plus grande taille et plus représentatifs de l'ensemble des couples (deuxième enfant, couples homosexuels, familles recomposées, diversité culturelle).

Bien que les modèles statistiques proposés aient permis d'expliquer un pourcentage important de la variance de l'ajustement sexuel et conjugal postnatal, les études futures pourraient examiner l'apport possible d'autres facteurs explicatifs. L'allaitement⁴⁰ est à considérer, tout comme les réaménagements de vie liés à la venue de bébé qui viennent bouleverser l'équilibre du couple qui construit une identité coparentale¹², ce qui n'est pas sans défis et sans répercussions possibles sur l'ajustement conjugal et la sexualité postnataux. De même, les nombreuses incertitudes de ce nouveau rôle, le manque de sommeil et la fatigue peuvent mettre le couple à rude épreuve en contribuant à l'impatience et à l'éclatement de conflits^{31, 32}.

CONCLUSION

Le trauma au périnée, la fonction sexuelle de l'homme et de la femme, l'ajustement dyadique de l'homme et de la femme ainsi que l'intimité en contexte postnatal constituent des variables qui entretiennent des liens complexes lesquels nous permettent de jeter un regard plus complet sur la réalité de la vie conjugale et sexuelle du nouveau couple parental après l'arrivée de bébé. Les répercussions conjugales du trauma au périnée qui sont documentées ici soulignent l'importance de prévenir et d'intervenir pour réduire ces traumatismes. La présente étude justifie le besoin de s'attarder à la prévention du trauma au périnée et de ses répercussions possibles sur le couple afin de mieux former les différents intervenants à mieux outiller et accompagner les femmes vivant un tel scénario d'accouchement, et ce, pour leur assurer une expérience de mise au monde qui laisse davantage de place pour l'événement heureux en cours, et pour contribuer ultimement à une meilleure transition à la parentalité et à la stabilité des couples parentaux.

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 (BESO); Bourse de l'Institut

de Recherche de l'Hôpital Montfort (IRHM); Bourse du Consortium national de formation en santé (CNFS).

RÉFÉRENCES

1. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion MC, Phides Alden K. *Maternity and women's health*. Toronto (CA) : Elsevier Canada; 2015.
2. Agence de Santé Publique du Canada, ASPC [Internet]. Ce que disent les mères : L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. 2009. Available at <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>. Accessed March 29, 2018.
3. Agence de Santé Publique du Canada, ASPC [Internet]. Canadian Hospitals Maternity Policies and Practices Survey; 2012. Available at https://www.researchgate.net/profile/Cheryl_Levitt/publication/277955358_Hanvey_L_Kaczorowski_J_Levitt_C_Bartholomew_S_Chalmers_B_Heaman_M_Public_Health_Agency_of_Canada_Canadian_Hospitals_Maternity_Policies_and_Practices_Survey_Ottawa_2012_The_Canadian_Hospitals_Maternity/links/557740b508aeb6d8c01ce01e/Hanvey-L-Kaczorowski-J-Levitt-C-Bartholomew-S-Chalmers-B-Heaman-M-Public-Health-Agency-of-Canada-Canadian-Hospitals-Maternity-Policies-and-Practices-Survey-Ottawa-2012-The-Canadian-Hospitals-Mat.pdf. Accessed March 29, 2018.
4. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(4):CD005123.
5. Rathfisch G, Dikencik BK, Beji NK, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs* 2010;66:2640-9.
6. Sayasneh A, Pandeva I. Postpartum sexual dysfunction: a literature review of risk factors and role of mode of delivery. *Br J Med Pract* 2010;3:316-20.
7. Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, et al. Sexual function 6 months after first delivery. *Obstet Gynecol* 2008;111:1040-4.
8. Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;145:133-7.
9. Ahlborg T, Persson LO, Hallberg LRM. Assessing the quality of the dyadic relationship in first-time parents: development of a new instrument. *J Fam Nurs* 2005;11:19-37.
10. Bouchard G. Transition parentale. In: Lussier Y, Bélanger C, Sabourin S, editors. *Les fondements de la psychologie du couple*. Québec (QC): Presses de l'Université du Québec; 2017. p. 263-84.
11. Shapiro AF, Gottman JM, Carrère S. The baby and the marriage: identifying factors that buffer against decline in marital satisfaction after the first baby arrives. *J Fam Psychol* 2000;14:59-70.
12. Frascarolo-Moutinot F, Darwiche J, Favez N. Couple conjugal et couple coparental : Quelle articulation lors de la transition à la parentalité? *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux* 2009;1:207-29.
13. Doss BD, Rhoades GK. The transition to parenthood: impact on couples' romantic relationships. *Curr Opin Psychol* 2017;13:25-8.
14. Bateman L, Bharj K. The impact of the birth of the first child on a couple's relationship. *Evid Based Midwifery* 2009;7:16-23.
15. O'Brien M, Peyton V. Parenting attitudes and marital intimacy: a longitudinal analysis. *J Fam Psychol* 2002;16:118-27.
16. Cowan CP, Cowan PA. *When partners become parents: the big life change for couples*. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2000.

17. Nezhad MZ, Goodarzi AM. Sexuality, intimacy, and marital satisfaction in Iranian first-time parents. *J Sex Marital Ther* 2011;37:77–88.
18. Hetherington SE, Soeken KL. Measuring changes in intimacy and sexuality: a self-administered scale. *J Sex Educ Ther* 1990;16:155–63.
19. Polomeno V. Let's talk about sex: an evolving research program in perinatal sexuality. *Int J Res Nurs* 2010;1:39–56.
20. Guerney BG. Relationship enhancement skill training programs for therapy, prevention, and enrichment. San Francisco (CA): Jossey Bass; 1997.
21. Baillargeon J, Dubois G, Marineau R. Traduction française de l'Échelle d'Ajustement Dyadique. *Can J Behav Sci* 1986;181:25–34.
22. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam* 1976;38:15–28.
23. Locke HJ, Wallace KM. Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *J Marriage Fam* 1959;21:251–5.
24. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191–208.
25. O'Leary MP, Fowler FJ, Lenderking WR, et al. A brief male sexual function inventory for urology. *Urology* 1995;46:697–706.
26. Mykletun A, Dahl AA, O'Leary MP, Fossa SD. Assessment of male sexual function by the brief sexual function inventory. *BJU Int* 2005;97:316–23.
27. Kenny DA, Kashy DA, Cook WL. Dyadic data analysis. New York (NY): Guildford Press; 2006.
28. Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behav Res Methods* 2008;40:879–91.
29. Basson R. Female sexual response revisited. *J Soc Obstet Gynaecol* 2000;22:383–7.
30. Rosen NO, Rancourt KM, Corsini-Munt S, Bergeron S. Beyond a "woman's problem": the role of relationship processes in female genital pain. *Curr Sex Health Rep* 2014;6:1–10.
31. de Pierrepont C, Polomeno V. Rôle du périnatalo-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada. *Gynecol Obstet Fertile* 2014;42:507–14.
32. Johnson CE. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *J Sex Med* 2011;8:1267–84.
33. Charfi N, Moalla M, Abbes W, et al. Évaluation du fonctionnement sexuel de la femme tunisienne dans sa relation avec l'ajustement conjugal. *Sexologies* 2017;26:146–52.
34. Trudel G, Goldfarb MR. Fonctionnement et dysfonctionnement conjugal et sexuel, dépression et anxiété. *Sexologies* 2010;19:164–9.
35. Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction. *J Sex Med* 2008;5:513–23.
36. Polomeno V. A couples approach to the teaching of conjugal intimacy during the transition to parenthood. *Int J Childbirth Educ* 2013;28:35–40.
37. Yin RK. Applications of case study research. 3rd éd Thousand Oaks (CA): SAGE; 2012.
38. 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;29:207–16.
39. Hipp LE, Low LK, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J Sex Med* 2012;9:2330–41.
40. LaMarre AK, Paterson LQ, Gorzalka BB. Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: a review. *Can J Hum Sex* 2003;12:151–68.