

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

Catherine de Pierrepont, Viola Polomeno, Louise Bouchard et Elke Reissing

Numéro 8, 2017

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1040311ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1040311ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

ISSN

1927-8632 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

de Pierrepont, C., Polomeno, V., Bouchard, L. & Reissing, E. (2017). Besoins et services en français en matière de sexopérinatalité chez les couples parentaux franco-ontariens. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (8), 59–82. <https://doi.org/10.7202/1040311ar>

Résumé de l'article

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, il est important d'aborder la sexualité 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 qui se déroulent majoritairement en anglais constituent un obstacle supplémentaire pour une majorité des couples.

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

Catherine de Pierrepont

Université d'Ottawa

Louise Bouchard

Université d'Ottawa

Viola Polomeno

Université d'Ottawa

Elke Reissing

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, il est important d'aborder la sexualité 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 qui se déroulent majoritairement en anglais constituent un obstacle supplémentaire pour une majorité des couples.

Abstract

This article presents a portrait of perinatal sexual needs and services in French perceived by 67 francophone parental couples living in a minority linguistic situation in Ottawa and Eastern Ontario. Couples have needs regarding information and support; sexuality is important for them and should be addressed during the perinatal period. However, the subject is rarely discussed with health care professionals, and very few sexoperinatal services are offered in the French language, even if the couples want them. The discussions on sexuality that do take place are primarily in English. This constitutes an additional hurdle for the majority of the couples.

Les francophones en situation linguistique minoritaire (FSLM) en Ontario constituent une population unique en son genre et sous-étudiée en matière de santé et de santé sexuelle, même s'ils vivent 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 notamment l'accès aux services de soins de santé, la qualité des services et la satisfaction envers ceux-ci (Bouchard, Beaulieu et Desmeules, 2012 ; Bowen, 2001 ; Fédération des communautés francophones et acadienne (FCFA), 2001 ; Forgues et Landry, 2014). 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. Le présent article dévoile un premier portrait des besoins et des services en français en matière de sexualité périnatale perçus par 67 couples parentaux francophones d'Ottawa et de 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.

Contexte et problématique

Selon les données du recensement canadien de 2011, l'Ontario compte 611 500 francophones, soit 4,8 % de la population ontarienne (Commissariat aux services en français, 2013), ce qui en fait la province canadienne ayant la plus forte concentration de francophones hors Québec. Les FSLM de l'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 (OAF, 2014). Les FSLM de l'Ontario se distinguent de leurs pairs anglophones par des conditions socioéconomiques plus précaires et plus vulnérables qui sont associées à un état de santé plus précaire (Bouchard et Desmeules, 2013 ; Corbeil et Lafrenière, 2010). Ils présentent aussi un profil de santé particulier et différent de la majorité anglophone, caractérisé notamment par une moins bonne perception de leur état de santé, ainsi que des styles de vie et des comportements défavorables à la santé (Bouchard et Desmeules, 2013 ; Bouchard, Gaboury, Chomienne, Gilbert et Dubois, 2009).

La langue est de plus en plus reconnue comme un important déterminant social de la santé (Bouchard, Beaulieu et Desmeules, 2012 ; Bouchard et Desmeules, 2013 ; Bouchard et coll., 2009). En effet, plusieurs recherches récentes affirment que les barrières linguistiques peuvent nuire à la santé en influant notamment sur 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 et

Desmeules, 2012; Bowen, 2001; FCFA, 2001; Forgues et Landry, 2014). Malgré la *Loi sur les services en français*¹ 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 la langue ont été documentées chez les FSLM en Ontario (Bouchard et Desmeules, 2013; Bouchard et coll., 2009).

Les services de santé en français sont non seulement difficilement accessibles, mais aussi en nombre insuffisant pour les FSLM (FCFA, 2001; Forgues et Landry, 2014). Selon Gagnon-Arpin et Bouchard (2011), 30 % des FSLM d'Ottawa ont affirmé qu'il est 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 n'est donc pas étonnant qu'un manque de professionnels de la santé francophones soit aussi un important obstacle à l'accès aux services de santé pour la population francophone en situation minoritaire de l'Ontario (Corbeil et Lafrenière, 2010; Gagnon-Arpin et Bouchard, 2011; Forgues et Landry, 2014). Warnke et Bouchard (2013) ont notamment conçu 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 selon les régions, l'accessibilité étant inégale et compromise dans bien des cas (FCFA, 2001; Forgues et Landry, 2014). Enfin, il y a un manque de coordination des services en français à l'échelle de la province ainsi qu'un manque de services de promotion de la santé et de prévention de la maladie (FCFA, 2001; Forgues et Landry, 2014).

Selon l'étude exploratoire et descriptive de Lacaze-Masmonteil et de ses collaboratrices (2013) auprès de femmes francophones de l'Alberta et du Nouveau-Brunswick, l'impact de la langue est particulièrement important pendant la période périnatale. Ces auteurs ont clairement souligné que les femmes ont des besoins spécifiques durant cette période et que 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 laissent entendre Lacaze-Masmonteil et ses collaboratrices (2013), la santé des couples parentaux francophones en situation linguistique minoritaire, largement tributaire de l'intimité et de la sexualité au sein du couple, 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 touchés et les plus vulnérables (Bartellas, Crane, Daley, Bennett et Hutchens, 2000; Chivers, Pittini, Grigoriadis, Villegas et Ross, 2011; de

1. *Loi sur les services en français*, LRO 1990, c F.32.

Pierrepont et Polomeno, 2014 ; Polomeno, 2000, 2014 ; Foucault, 2011 ; von Sydow, 1999). Selon ces mêmes études, bien que les expériences sexopérinatales soient propres à chaque couple, une tendance à la baisse générale et progressive de l'expression sexuelle générale est observable pendant la grossesse, avec un déclin prononcé au troisième trimestre et dans les mois suivant l'accouchement, suivi d'une reprise graduelle pouvant s'étirer jusqu'au sixième mois postpartum.

Par rapport à la sexualité périnatale, une majorité de couples ont besoin d'être informés, soutenus et rassurés par les professionnels de santé (Bartellas et coll., 2000 ; Chivers et coll., 2011 ; Fok, Chan et Yuen, 2005 ; Reichenbach, Alla et Lorson, 2001 ; Foucault, 2011). Toutefois, la sexualité est rarement abordée ou est même omise dans les consultations professionnelles pendant et après la grossesse (Agence de la santé publique du Canada (ASPC), 2009 ; Chivers et coll., 2011 ; Fok, Chan et Yuen, 2005 ; Reichenbach, Alla et Lorson, 2001 ; 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, comparative-ment aux autres sujets d'intérêt périnataux. Les obstacles aux discussions sur la sexualité proviennent des deux parties 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 de formation dans le domaine ; certains considèrent aussi le sujet comme intime, privé, sensible et non prioritaire (Olsson, Robertson, Falk et Nissen, 2011 ; Foucault, 2011 ; Wang, Xu, Yao et Zhou, 2003). D'autre part, les patients n'abordent par le sujet également par gêne ou inconfort (Bartellas et coll., 2000 ; Fok, Chan et Yuen, 2005 ; Reichenbach, Alla et Lorson, 2001 ; Foucault, 2011 ; Wang et coll., 2003).

À ce jour, malgré l'importance de la sexualité périnatale chez les couples parentaux, aucune recherche ne traite des couples parentaux francophones de l'Ontario dans le domaine, sauf celle de Moreau et de ses collaboratrices (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 francophones 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?

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 en général. L'échantillon recruté est de 67 couples parentaux francophones 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 ; former un couple hétérosexuel ; vivre ensemble comme couple depuis un an avant la grossesse ; avoir un premier bébé ensemble qui est âgé entre 6 et 12 mois ; être un couple s'identifiant comme francophone ; avoir vécu une grossesse et un accouchement sans complication et avoir eu un bébé né à terme ; et avoir accès à Internet. Le critère de la langue française 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 et Lafrenière, 2010 ; Forgues et Landry, 2014). Le recrutement s'est étendu sur 10 mois (entre novembre 2013 et août 2014) et, parmi les 702 sources associées à la périnatalité ou à la francophonie (ressources communautaires et de santé ; médias traditionnels et 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 couple optionnelles. D'abord, les données quantitatives concernant les besoins et services sexopérinataux sont tirées d'un questionnaire intitulé « Sondage sur les besoins et services en sexopérinatalité » qui constituait la sixième 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 énoncés couvrant la période périnatale (prénatale et postnatale) et aborde les sujets suivants : discussion sur la sexualité dans les cours périnataux et dans les suivis de grossesse, professionnels consultés, sujets sexuels abordés et qu'on souhaite aborder, confort à discuter de sexualité et obstacles aux discussions sur le sujet, 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 élaboré pour l'étude et son contenu a été validé auprès de huit spécialistes. Un pré-test a aussi été complété par trois couples et des modifications mineures au questionnaire ont été faites avant et après ces deux étapes. Les résultats reposent sur une analyse descriptive. À la suite du questionnaire, une entrevue de couple optionnelle et complémentaire a été proposée aux participants pour préciser leurs besoins sexopérinataux et les services reçus à cet égard. 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. Autant pour le questionnaire que pour les entrevues, une lettre d'information et un formulaire de consentement ont été lus et approuvés par tous les participants. Trois comités d'éthique à la recherche ont consécutivement approuvé cette recherche : celui de l'Université d'Ottawa, celui d'un hôpital francophone d'Ottawa et celui d'une unité de santé publique d'Ottawa.

Résultats

Dans la section qui suit, 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.

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 disent bilingues. Le français est la langue préférée de la majorité pour recevoir les services de santé, mais les réponses concernant la langue utilisée sont réparties entre le français et l'anglais.

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 (2 ^e cycle, maîtrise, doctorat, post-doctorat)	10	14,9	25	37,3	35	26,1

Tableau 1 (suite)
Profil sociodémographique

Variables	Femmes N=67		Hommes N=67		Ensemble N=134	
	N	%	N	%	N	%
Revenu familial						
40 000 – 59 999 \$	–	–	–	–	1	0,7
60 000 – 79 999 \$	–	–	–	–	29	21,6
80 000 – 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 de 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
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
– ça dépend, mais anglais majoritairement	1	1,5	–	–		
– français et anglais	1	1,5	1	1,5		

Mesure dans laquelle les participants sont à l'aise de parler de sexualité

Le tableau 2 présente la mesure dans laquelle les participants se sentent à l'aise de parler de sexualité avec un professionnel ou une professionnelle de la santé. L'inconfort ressenti alors résultait notamment du fait que le sujet est considéré comme 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, il est important de discuter de sexualité, 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 %).

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 professionnel ou une professionnelle de la santé pendant la période périnatale.

Échelle	Femmes		Hommes		Ensemble	
	N=67	100 %	N=67	100 %	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	

Besoins et services sexopérinataux

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

Tableau 3
Détails des rencontres et des suivis

	Rencontres prénatales	Rencontres postnatales	Suivi prénatal	Suivi postnatal
Professionnel consulté	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 de la sexualité abordé par le professionnel	100 %	100 %	72,4 %	57,9 %
Sujets les plus discutés (par ordre décroissant d'importance)	100 % : croyances, peurs et considérations relatives à 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 relatives à 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.

Au sein de l'échantillon, 64,9 % des répondants 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 : de ce nombre, 70 % ont demandé les services en français, tandis que ceux-ci ont été offerts spontanément aux autres 30 %. Parmi les 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 : de ce nombre, 75 % ont demandé les services en français tandis que ceux-ci ont été offerts spontanément aux autres 25 %. Parmi les 33,3 % qui n'ont pas été servis 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 ont rarement été fournies pendant les suivis médicaux de grossesse a été confirmé par les entrevues. Pour ce qui est de la langue des suivis, 48,3 % des participants ont reçu des services en français : de ce nombre, 42,9 % ont demandé les services en français tandis que ceux-ci ont été offerts spontanément aux autres 57,1 %. Parmi les 51,7 % qui n'ont pas reçu de services en français, 80,0 % ont dit que la langue était 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. De ce nombre, 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 % des participants de ce sous-groupe ont reçu ces services en français : de ce nombre, 43,3 % ont demandé les services en français tandis que ceux-ci ont été offerts spontanément aux autres 53,7 %. Parmi ceux qui n'ont pas reçu les services en français (48,2 %), 85,5 % se sont dits d'avis que la langue était un obstacle et 96,4 % auraient préféré des services en français.

Chez les participants n'ayant pas discuté de sexualité périnatale lors des rencontres prénatales et postnatales ainsi que lors des suivis prénataux et postnataux, les raisons les plus invoquées pour expliquer que le sujet n'a pas été abordé 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. Dans le cadre des rencontres périnatales, 88,7 % des participants qui n'ont pas discuté de sexualité en prénatal auraient souhaité le faire et 75,0 % de ceux qui n'en ont pas discuté en postnatal auraient souhaité le faire ; ils auraient aimé être informés, être rassurés et être prévenus/préparés aux changements possibles. De plus, 98,6 % des participants qui n'ont pas discuté de sexualité dans les rencontres prénatales et 100 % des participants qui n'en ont pas discuté dans les rencontres postnatales auraient préféré recevoir ces services sexopérinataux en français. Dans le cadre des suivis périnataux, 80 % des participants qui n'ont pas discuté de sexualité en prénatal et 60 % de ceux qui n'en ont pas discuté en postnatal auraient aimé que le sujet soit abordé

pour les raisons précédentes; 97,1 % de ces mêmes participants en prénatal et 90,0 % de ces mêmes participants en postnatal 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 l'ont fait. Les sources consultées sont Internet, des ami(e)s, des livres, des articles, la famille et la télévision (voir tableau 4 pour les détails). Seulement 25,8 % en prénatal et 24,3 % en postnatal se sont dits satisfaits ou très satisfaits de ces ressources utilisées. Pour 84,5 % des participants qui se sont renseignés en prénatal et 86,5 % de ceux qui se sont renseignés en postnatal en matière de sexualité, les ressources utilisées étaient en français. Les données qualitatives confirment la diversité des sources consultées, même si la fiabilité de plusieurs est remise en question, dont les amis et surtout Internet. Selon plusieurs participants aux entrevues, Internet permet de prendre connaissance de plusieurs informations concernant la sexualité périnatale, mais il demeure difficile de reconnaître l'information objective et pertinente. L'information y est disponible en tout temps, mais cela demande beaucoup du temps pour la trouver, la filtrer et juger de sa qualité. De plus, selon les participants, il y a très peu d'informations concernant la sexualité périnatale des pères.

Tableau 4
Sources consultées

Source	Période prénatale			Période postnatale		
	Ensemble %	Femmes %	Hommes %	Ensemble %	Femmes %	Hommes %
Internet	96,9	94,7	100	93,7	90,2	98,0
Ami(e)/ami(e)s	51,5	70,2	25,0	49,5	77,0	16,0
Livres	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

Selon 91,0 % des participants pendant la grossesse (F=92,5 %; H=89,6 %) et 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 prénatal et 96,7 % en postnatal); le désir sexuel (94,3 % en prénatal et 95,1 % en postnatal); les croyances, les peurs et les considérations relatives à la sexualité (85,2 % en prénatal et 89,4 % en postnatal); l'impact de la fatigue sur la sexualité (82,8 % en prénatal et 82,9 % en postnatal); les problèmes sexuels chez la femme (77,0 %

en prénatal et 91,9 % en postnatal) ; et la contraception postnatale (93,5 % en postnatal). Dans 97,5 % des cas en prénatal et 97,6 % en postnatal, les participants pensent que c'est le professionnel de la santé qui devrait prendre l'initiative de discuter de sexualité et qui devrait ouvrir une porte sur le sujet. L'extrait suivant confirme un tel désir : « H5 : En fait, ce sont 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 % des participants en prénatal et 99,2 % des participants en postnatal seraient plus à l'aise de parler de sexualité si le professionnel entame la discussion sur le sujet, comme le laisse entendre cet extrait d'une entrevue : « H5 : Et puis forcément, je pense pas qu'elle [sa 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'informations et d'éducation qui arrive en tête de liste : 82,8 % en prénatal (F=86,6 % ; H=79,1 %) et 88,8 % en postnatal (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 des changements sexuels possibles pendant et après la grossesse et ainsi mieux s'y préparer. Le deuxième besoin important chez les participants concerne le soutien psychologique et émotionnel : 35,8 % en prénatal (F=67,2 % ; H=4,5 %) et 46,3 % en postnatal (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, comme l'indique l'extrait suivant :

H3 : Pour moi, ça aurait été peut-être, si c'est standard que j'ai vécu les deux mois après ma baisse de drive, j'aurais peut-être voulu le savoir que c'était normal... F3 : Ouais. I : O.k. 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 prénatal et 91,0 % en postnatal, il est important ou très important de recevoir des services en matière de sexualité pendant et après la grossesse. Un homme (H3) l'a même souligné dans un commentaire écrit 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 ont aussi 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 toute façon 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 à 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, peur de la part du professionnel de mettre le patient mal à l'aise, manque de temps et sujet tabou. Pour les couples en entrevue, il est fondamental de traiter de la sexualité sans pudeur et sans tabou pendant la période périnatale.

Pour ce qui est de recevoir des services en français en matière de sexualité périnatale, 89,5 % des participants en prénatal et 92,5 % en postnatal ont déclaré que c'était important ou très important. Les entrevues ont aussi laissé entendre que les couples francophones vivant en situation linguistique minoritaire, qui sont majoritairement bilingues (97,8 %), ne trouvent pas que l'anglais est un obstacle de taille quand il s'agit de discuter de sexualité périnatale, mais ils ont clairement affirmé que l'emploi de l'anglais pour parler de sexualité peut être un obstacle de plus, l'importance du français étant prônée. Les trois extraits suivants reflètent ce point de vue :

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 prénatal et 70,9 % en postnatal 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 plein 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'associations qui proposent 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 pallier ce manque de ressources et de services, les couples en entrevue ont évoqué trois outils souhaités en matière de sexualité : un site Internet, un guide périnatal comprenant une section détaillée sur la sexualité et un dépliant sur la sexualité.

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

Discussion

Le contenu de cet article a mis en lumière les besoins et les services en français en matière de sexualité périnatale perçus par 67 couples parentaux francophones vivant dans la région d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario. En ce qui a trait aux 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. Cette étude a fait ressortir l'accès insuffisant aux services sexopérinataux en français, c'est-à-dire que peu ces services sont offerts, même s'ils sont clairement souhaités. La réponse des professionnels est inadéquate dans la majorité des cas et la langue est un obstacle supplémentaire aux discussions sur la sexualité périnatale avec les professionnels de la santé consultés.

Compte tenu des besoins importants d'informations et d'éducation sexopérinatales ainsi que de soutien exprimés par les participants, il est nécessaire de discuter de sexualité en période périnatale. Une grande majorité des 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 conclusions des études sexopérinatales précédentes dans le domaine : une majorité de couples, peu importe leur langue ou leur culture, ont plusieurs questions et considérations relatives à 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 sexuels vécus), aidés, conseillés et aiguillés vers des ressources spécialisées (Bartellas et coll., 2000 ; Bello, Olayemi, Aimakhu et Adekunle, 2011 ; Chivers et coll., 2011 ; de Montigny, de Montigny Gauthier et Dennie-Fillion, 2014 ; Fok, Chan et Yuen, 2005 ; Olsson, Lundqvist, Faxelid et Nissen, 2005 ; Reichenbach, Alla et Lorson, 2001 ; Foucault, 2011 ; Van der Schueren, 2003 ; von Sydow, 1999).

La plupart des couples interrogés s'attendent et veulent que le sujet soit abordé d'emblée 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 ami(e)s et le matériel écrit (livres 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, Mergheti-Khoei et Yavarikia, 2012 ; Bartellas et coll., 2000 ; Bello et coll., 2011 ; Fok, Chan et Yuen, 2005 ; Isajeva, Siklunas, Drasutiene et Bartkeviciene, 2012 ; Reichenbach, Alla et Lorson, 2001 ; Shojaa, Jouybari et Sanagoo, 2009 ; Van der Schueren, 2003 ; Wannakosit et 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 et Markham, 2012 ; Minichiello, Rahman, Dune, Scott et Dowsett, 2013). De par son anonymat, sa confidentialité et sa flexibilité (pas de contraintes de lieu et de temps), Internet est une source d'information qui permet d'enrayer la pression vécue lors d'une discussion réelle sur la sexualité avec un professionnel de la santé (Daneback et coll., 2012 ; Minichiello et coll., 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 et coll., 2013) et ce qui peut contribuer à l'insatisfaction qu'a vécue notre échantillon. De plus, les femmes de l'échantillon interrogées utilisent plusieurs sources d'information pour se renseigner sur la sexualité alors que les hommes se contentent majoritairement d'Internet. Cette différence de genre et sa raison 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 francophones interrogés ont déploré un manque flagrant de services sexopérinataux, ce qui a empêché plus des deux tiers de l'échantillon questionné d'avoir accès aux services qu'ils auraient désirés. Cette étude révèle que la sexualité est très abordée pendant les rencontres et les suivis médicaux périnataux. La majorité des informations sur la sexualité sont offertes lors des visites postnatales et non prénatales. Les données recueillies corroborent

plusieurs études sexopérinatales qui ont conclu que la sexualité est rarement abordée ou est même omise dans les consultations professionnelles pendant et après la grossesse (Bello et coll., 2011 ; Chivers et coll., 2011 ; Erenel, Eroglu, Vural et Dilbaz, 2011 ; Fok, Chan et Yuen, 2005 ; Isajeva et coll., 2012 ; Reichenbach, Alla et Lorson, 2001 ; 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 de sexualité périnatale en général ou reçu d'informations à ce sujet (Afshar et coll., 2012 ; Chivers et coll., 2011 ; Fok, Chan et Yuen, 2005 ; Oboro et Tabowei, 2002 ; Reichenbach, Alla et Lorson, 2001 ; Foucault, 2011). Van der Schueren (2003), dans son étude auprès de 79 professionnels de la santé (obstétriciens-gynécologues et sages-femmes), a d'ailleurs souligné que seulement 6 % de ces professionnels discutent toujours de sexualité avec leurs patients, 19 % souvent et 75 % parfois.

Selon les couples parentaux 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 mentions, voire aucune, d'autres composantes qui font partie intégrante de l'expérience sexopérinatale, qui fluctuent pourtant et qui sont également touchées pendant la période périnatale, telles 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. De plus, la plupart des sujets discutés se rapportent directement 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 et Dennie-Fillion, 2014 ; MacAdam, Huuva et Berterö, 2011 ; Reichenbach, Alla et Lorson, 2001 ; Williamson, McVeigh et 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 que suscitent les discussions sur la sexualité est un phénomène central aux services sexopérinataux. En effet, plusieurs études ont souligné que la gêne et l'inconfort qu'éprouvent des patients lorsqu'il s'agit de discuter de sexualité avec un professionnel de la santé, particulièrement en période périnatale, sont des obstacles majeurs à des soins sexopérinataux appropriés (Bartellas et coll., 2000 ; Fok, Chan et Yuen, 2005 ; Reichenbach, Alla et Lorson, 2001 ; Foucault, 2011 ; Shojaa, Jouybari et Sanagoo, 2009 ; Van der Schueren, 2003 ; Wang et coll., 2003). De plus, selon les données obtenues dans notre étude, les femmes semblent légèrement plus à l'aise envers le sujet. La santé des femmes a la particularité de comprendre une importante composante gynécologique et des considérations distinctives en matière de reproduction liées à la sexualité. Cela les pousse donc davantage à tenir compte des aspects sexologiques de leur santé tout au long de leur vie et à être ainsi plus en contact

avec des suivis médicaux réguliers incorporant la sexualité; cela pourrait expliquer pourquoi elles sont plus portées à en parler et à faire preuve d'ouverture à ce sujet. L'étude d'Emmers-Sommer et de ses collaborateurs (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 amorcent davantage la discussion avec les professionnels sur le sujet comparativement aux hommes.

La gêne et l'inconfort qu'éprouvent les patients lors des discussions sur la sexualité sont souvent liés au fait que la sexualité est considérée par plusieurs comme un sujet intime, privé, sensible, personnel et tabou (Olsson et coll., 2011; Foucault, 2011; Van der Schueren, 2003; Wang et coll., 2003) et notre échantillon confirme cette tendance. De plus, les participants avec qui le sujet n'a pas été abordé ont aussi évoqué 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 en périnatalité pour vérifier ces perceptions. Après tout, il est fréquent que des professionnels de la santé ne se sentent pas à l'aise de discuter de la sexualité, et ce, peu importe le domaine d'activité (Church, de Koning, Hilber, Ormel et Hawkes, 2010; de Pierrepont et Polomeno, 2015; Reissing et Di Giulio, 2010). Il serait aussi approprié de questionner et de spécifier les raisons sous-jacentes à cet inconfort, notamment le manque de connaissances et de formation en sexualité chez les professionnels. Bref, le manque d'interventions sexopérinatales pourrait s'expliquer en partie par la réticence des patients à parler de sexualité, 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 aux services sexopérinataux, la qualité de ces services et la satisfaction des participants envers les services reçus. La majorité des participants souhaitent obtenir des services sexopérinataux en français; même ceux qui n'en ont pas reçu prônent l'importance d'en recevoir en français. Lors des rencontres prénatales et postnatales ainsi que lors des suivis prénataux et postnataux, 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 et auraient préféré à l'unanimité les recevoir 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 encore considérée comme un sujet tabou et sensible à aborder (Lee, 1993; von Sydow, 1999); ne pas en discuter dans sa langue maternelle, dans laquelle les gens sont le 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 francophones en situation linguistique minoritaire. Le concept de littératie en matière de santé sexuelle est une avenue intéressante pour mieux comprendre les besoins de ces couples en matière de sexualité périnatale, la langue étant un

facteur qui module clairement l'échange d'informations sur la sexualité (Alexander, 2008 ; Herdt, 2007 ; Ingraham, 2009 ; Olf, 2013). Bref, dans l'ensemble, il est difficile d'obtenir des services sexopérinataux et ce l'est encore plus de les recevoir en français. La santé sexopérinatale des FSLM d'Ottawa et de l'Est de l'Ontario ainsi que leur accès à des services appropriés de soins de santé en matière de sexopérinatalité dépendent donc largement de la langue dans laquelle ces services leur sont offerts.

Toujours en matière de langue, les couples parentaux de notre échantillon qui ont reçu de tels services en français ont dû demander à les recevoir dans leur langue, sans qu'ils leur soient spontanément offerts en français. Il est donc vital de développer l'offre active de services de santé dans la langue de leur choix aux FSLM en Ontario. Pour que l'offre de services en français soit active, il faut qu'elle précède la demande et qu'elle soit systématique, visible, évidente, accessible, proactive et de même qualité (Bouchard, 2013 ; Bouchard, Beaulieu et Desmeules, 2012 ; Forgues et Landry, 2014). Le développement d'une telle offre active contribuerait clairement à combler les besoins des FSLM, notamment en matière de sexualité périnatale.

Notre étude possède des forces, mais aussi des limites dont il faut tenir compte. D'abord, elle est innovatrice en jumelant deux domaines importants, mais encore sous-étudiés et négligés en santé et en santé sexuelle : la sexopérinatalité et les FSLM de l'Ontario. De plus, la création de deux sondages en français permettant de recueillir et d'analyser des données originales constitue un apport scientifique en soi. D'autre part, l'échantillon recruté, de par sa taille et son origine localisée (Ottawa et l'Est de l'Ontario), ne peut être représentatif des FSLM en Ontario. Toutefois, l'étude exploratoire et descriptive dont les données sont tirées n'avait pas pour but d'être statistiquement représentative. 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 et coll., 2011 ; Hipp, Kane Low et van Anders, 2012 ; Reichenbah, Alla et Lorson, 2001 ; Sacomori et Cardoso, 2010 ; van Anders, Hipp et Kane Low, 2013).

Devant les principaux constats de cette étude, des recommandations générales peuvent être émises. Premièrement, sur le plan 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 francophones de l'Ontario, que ce soit lors des rencontres ou des suivis prénataux et postnataux. Ces parents ont des besoins qui ne sont pas comblés et qui mériteraient de l'être. Dans le même ordre d'idées, l'élaboration et la distribution d'un dépliant bilingue sur la sexualité périnatale pourraient favoriser la mise en œuvre de telles interventions et pourraient à la fois sensibiliser, informer et rassurer les futurs et les 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 se faire notamment 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 des professionnels ainsi que l'accès aux professionnels de la santé périnatale 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 au sujet de leurs droits linguistiques : ce n'est pas parce que plusieurs Franco-Ontariens sont bilingues qu'ils n'ont pas le droit d'accéder à des services de santé en français. Dans le domaine de la recherche, il faut continuer les études sur les FSLM, notamment en matière de sexualité et de sexualité périnatale. Cela demande notamment 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 linguistiques pour mieux cerner cette population minoritaire particulière. 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 chez les autres FSLM ailleurs au Canada, pour ainsi donner un portrait des services sexopérinataux à l'échelle nationale. Enfin, l'exploration des différences entre les genres en matière de vécu et de perceptions en lien avec la sexualité périnatale pourrait constituer un axe de recherche à développer dans les futures études dans le domaine.

Conclusion

Les couples parentaux francophones qui vivent en situation linguistique minoritaire ont des besoins flagrants d'informations et de soutien en matière de sexualité périnatale, et le sujet est considéré comme important par 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 en général. Pour une majorité des couples parentaux interrogés, la langue des rencontres et des suivis périnataux est très importante : les discussions sur la sexualité qui se déroulent surtout en anglais constituent un obstacle supplémentaire pour eux. La vulnérabilité en santé sexuelle (Polomeno, 2014) ainsi que la vulnérabilité linguistique font de la sexopérinatalité chez les couples francophones 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 de la santé du couple, mais aussi de la santé de la famille et, par extension, de la société (de Pierrepont et Polomeno, 2014 ; Polomeno, 2000, 2007), plus particulièrement de la communauté de langue officielle en situation minoritaire de l'Ontario.

Références

- AFSHAR, Malihe, Sakineh MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI, Effat-Sadat MERGHITI-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 LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC) (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*, Ottawa, ASPC. 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 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 », *Politiques de santé*, vol. 9, n° spécial, p. 38-47.
- BOUCHARD, Louise, Isabelle GABOURY, Marie-Hélène CHOMIENNE, Anne GILBERT et Lise DUBOIS (2009). « La santé en situation linguistique minoritaire », *Politiques de santé*, vol. 4, n° 4, p. 33-40.
- BOWEN, Sarah (2001). *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Ottawa, Santé 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, n° 3, p. 131-143.
- COMMISSARIAT AUX SERVICES EN FRANÇAIS. (2013). *Une nouvelle approche – Rapport annuel 2012-2013*. En ligne : <http://csfontario.ca/wp-content/uploads/2013/06/Annual-Report-French.pdf> (consulté le 26 septembre 2016).

- CORBEIL, Jean-Pierre, et Sylvie LAFRENIÈRE (2010). *Portrait des minorités de langue officielle au Canada : les francophones de l'Ontario*, Ottawa, Statistique 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, Remue-ménage, p. 137-258.
- 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 Joannis (dir.), *Le développement professionnel en soins de santé primaires au Canada*, Québec, Presses de l'Université du Québec, p. 99-113.
- DE PIERREPONT, Catherine, et Viola POLOMENO (2014). « Rôle du périnato-sexologue dans une équipe interdisciplinaire périnatale au Canada », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, vol. 42, n° 7-8, p. 507-514.
- 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 Disability*, 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*, Ottawa, FCFA. En ligne : http://www.fcfa.ca/fr/Bibliotheque_De_La_Fcfa_Sections_33/Sante_Et_Services_Sociaux_84 (consulté le 15 février 2015).
- FOK, Wing Yee, Louis Yik-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*, Ottawa et Moncton, Société Santé en français et Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques (ICRML). En ligne : <http://www.icrml.ca/fr/recherches-et-publications/publications-de-l-icrml/item/8709-acces-aux-services-de-sante-en-francais-et-leur-utilisation-en-contexte-francophone-minoritaire> (consulté le 26 septembre 2016).
- FOUCAULT, Claire (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 pour le diplôme d'État de sage-femme, Université Paris Descartes.
- GAGNON-ARPIN, Isabelle, et Louise BOUCHARD (2011). *Les services de santé en français en Ontario : offre, demande, utilisation*, Ottawa, Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario. En ligne : <http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/Les%20services%20de%20sante%20en%20francais%20en%20Ontario.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, 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 1^{er} 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.
- 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 », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 104, n° 6 (suppl. 1), p. S65-S70.
- L'ÉCUYER, René (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu : méthode GPS et concept de soi*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- LEE, Raymond M. (1993). *Doing research on sensitive topics*, Londres, 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° 5, p. e149-e155.
- MINICHELLO, 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 TRÉPANIÉ (2013). « Portrait et déterminants de la santé de familles francophones en situation minoritaire qui donnent naissance dans la région d'Ottawa », présentation faite dans le cadre des conférences Programme d'excellence professionnelle (PEP) et du Consortium national de formation en santé, volet Université d'Ottawa en avril 2013.
- OBORO, Victor O., et Tabs O. TABOWEI (2002). « Sexual function after childbirth in Nigerian women », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 78, n° 3, p. 249-250.
- OLFF, Julia (2013). « Addressing sexual health literacy: Highlights from a training workshop », *Surround Health*. 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 1^{er} mai 2015).
- OLSSON, Ann, Martina LUNDQVIST, Elisabeth FAXELID et Eva NISSEN (2005). « Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 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 (2014). « The teaching of conjugal vulnerability during the transition to parenthood », *International Journal of Childbirth Education*, vol. 29, n° 1, p. 78-85.
- 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 (2007). « Marriage in the transition to parenthood: How can perinatal education help? Or can it? », *International Journal of Childbirth Education*, vol. 22, n° 2 p. 21-29.
- POLOMENO, Viola (2000). « The Polomeno family intervention framework for perinatal education: Preparing couples for the transition to parenthood », *Journal of Perinatal Education*, vol. 9, n° 1, p. 31-48.
- REICHENBACH, Steven, François 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 and Marital Therapy*, vol. 36, n° 2, p. 124-136.
- 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. HIPPEL 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 SCHUEREN, Béatrice (2003). « La maternité est-elle sexuée? », mémoire dans le cadre du certificat de formation continue en sexologie clinique, 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 and Contraception*, vol. 14, n° 4, p. 237-242.
- WANNAKOSIT, Salakjit, et Vorapong PHUPONG (2010). « Sexual behavior 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 », *Revue canadienne de santé publique*, 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.

Législation

Loi sur les services en français, LRO 1990, c F.32.

Mots clés

sexualité périnatale, couples parentaux, périnatalité, francophones en situation linguistique minoritaire, services de santé en français

Keywords

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

Correspondance

cdepi090@uottawa.ca

vpolomen@uottawa.ca

louise.bouchard@uottawa.ca

reissing@uottawa.ca