

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

AGRESSION À CARACTÈRE SEXUEL ET PERCEPTIONS DES SERVICES
OBSTÉTRICAUX REÇUS DURANT LA GROSSESSE

ESSAI DE 3^e CYCLE PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
ÈVE NAULT-LIVERNOCHE

MARS 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

Direction de recherche :

Roxanne Lemieux, Ph. D. directrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Dominick Gamache, Ph. D. codirecteur de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation :

Roxanne Lemieux, Ph. D. directrice de recherche
Université du Québec à Trois-Rivières

Julie Lefebvre, Ph. D. évaluatrice interne
Université du Québec à Trois-Rivières

Vicky Lafantaisie, Ph. D. évaluatrice externe
Université du Québec en Outaouais

Sommaire

Le contexte entourant la grossesse est généralement empreint de fébrilité et de bonheur. Ce contexte représente également une période de transition importante pouvant favoriser l'émergence de fragilités préalablement présentes chez les femmes. Pour celles ayant vécu une agression à caractère sexuel (ACS), la grossesse peut être une période particulièrement sensible. En effet, un tel vécu peut engendrer diverses répercussions, lesquelles peuvent être exacerbées lors de la grossesse, notamment sur le plan de la détresse psychologique. Le vécu d'ACS peut aussi bouleverser les représentations que les femmes se font d'elles-mêmes et d'autrui de sorte que leurs perceptions des relations peuvent être altérées. De par leur nature invasive, les soins obstétricaux offerts lors de la grossesse seraient vécus difficilement par les femmes ayant vécu une ACS, diminuant ainsi leur bien-être psychologique. La littérature suggère que ces difficultés auraient une incidence négative sur la perception des soins lors de l'accouchement ainsi que des relations avec les professionnels de la santé. Davantage d'études portant sur les perceptions des soins reçus durant la grossesse semblent pertinentes d'être réalisées considérant qu'il s'agit d'une période de grande vulnérabilité pour le bien-être psychologique. Également, peu d'auteurs se sont penchés sur les pratiques ou attitudes spécifiques pouvant être mises en place par les professionnels afin d'augmenter le bien-être psychologique, la majorité des études s'intéressant aux écueils vécus face aux professionnels par les femmes ayant vécu une ACS. Le présent essai a ainsi pour objectif de déterminer s'il existe une différence significative entre le nombre de femmes qui perçoivent avoir été exposées à des pratiques ou attitudes ayant favorisé leur bien-être

psychologique et d'autres ayant nui à leur bien-être psychologique de la part des médecins et sages-femmes, selon si ces femmes avaient vécu ou non une ACS. Un second objectif vise à identifier les pratiques ou attitudes de ces professionnels que les femmes ayant vécu une ACS perçoivent comme étant les moins favorables et celles étant les plus favorables pour leur bien-être durant la grossesse. Un devis mixte a été utilisé pour répondre aux objectifs de l'étude. Au total, 147 femmes (âge moyen = 30,60, É-T = 4,25) ont participé à l'étude. Les résultats démontrent qu'aucune différence significative n'existe en ce qui a trait au nombre de femmes rapportant des pratiques et attitudes perçues comme ayant favorisé et diminué leur bien-être psychologique lors de la grossesse. Une analyse de contenu a permis de faire ressortir de nombreux thèmes permettant de cibler les pratiques et attitudes des médecins et sages-femmes perçues comme diminuant et favorisant le bien-être, lors de la grossesse, des femmes ayant vécu une ACS. Plusieurs recommandations ont pu être formulées à partir de cette analyse afin de soutenir le bien-être psychologique des femmes au sein de l'offre de soin des services de santé québécois. Davantage d'études devraient être faites afin d'en dégager les pratiques les plus adaptées pour l'ensemble de la période périnatale.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Contexte théorique	6
Agression à caractère sexuel	7
Définitions de l'agression à caractère sexuel	7
Prévalence des agressions à caractère sexuel	10
Population mineure	11
Population majeure	11
Modèles théoriques des répercussions des agressions à caractère sexuel	12
Répercussions des agressions à caractère sexuel	17
Répercussions sur la santé mentale	18
Répercussions psychologiques de l'agression à caractère sexuel vécue durant l'enfance et l'adolescence	18
Répercussions psychologiques de l'agression à caractère sexuel vécue à l'âge adulte	20
Complications physiques lors de la grossesse	25
Répercussions sur les relations interpersonnelles	26
Répercussions intergénérationnelles	28
Implication des professionnels lors de la période périnatale	29
Objectifs et hypothèses	37

Méthode.....	39
Participantes et procédure	40
Instruments de mesure	42
Questionnaire sociodémographique.....	42
Questionnaire sur des expériences sexuelles sans consentement	42
Questionnaire sur les perceptions, les besoins et les attentes envers les professionnels de la santé.....	44
Stratégies d’analyses	45
Stratégies d’analyses des données quantitatives	45
Stratégies d’analyses des données qualitatives	46
Résultats	50
Premier objectif de l’étude.....	51
Deuxième objectif de l’étude	53
Comportements ou attitudes ayant favorisé le bien-être psychologique	55
Actions concrètes.....	55
Laisser un espace pour se raconter	57
Laisser un espace pour les échanges.....	57
Valider	57
Recadrer	57
Donner des choix face aux soins	58
Demander le consentement avant d’agir.....	58
Offrir du soutien	59
Conseiller.....	59

Offrir du temps	59
Rediriger lorsque nécessaire	60
Prescrire des aménagements en lien avec l'emploi	60
Manières de procéder.....	60
Compréhension	60
Transparence.....	61
Accessibilité sur le plan relationnel	61
Posture professionnelle.....	61
Calme et assurance	62
Pudicité	62
Protection.....	62
Constance.....	62
Inclusion	63
Répercussions de l'action ou de l'attitude	63
Diminution du stress	63
Réassurance	63
Se sentir validée et comprise	64
Comportements ou attitudes ayant diminué le bien-être psychologique	64
Actions concrètes.....	66
Commenter des sujets sensibles.....	66
Insister sur les restrictions liées à la grossesse	66
Esquiver la détresse psychologique	66

Offrir un espace d'échange limité.....	67
Ne pas aider pour réduire la douleur physique	67
Ingérence d'un nouveau professionnel	67
Manières de procéder.....	68
Posture autoritaire.....	68
Manque de sensibilité dans l'annonce de mauvaises nouvelles	68
Manque de sensibilité dans l'annonce de risques associés à la grossesse	69
Pathologiser les réactions des femmes	69
Répercussions de l'action ou de l'attitude	69
Sentiment d'être incomprise	70
Sentiment d'être agressée	70
Sentiment de danger	70
Perte de confiance.....	70
Se sentir confuse	70
Se sentir jugée.....	71
Discussion.....	72
Discussion du premier objectif	73
Discussion du second objectif.....	77
Limites et forces.....	84
Recommandations et avenues futures	86
Conclusion	90

Références	92
Appendice A Affiche de recrutement	104
Appendice B Formulaire de consentement	106
Appendice C Questionnaire sociodémographique	111
Appendice D Questionnaire des expériences sexuelles sans consentement	115
Appendice E Perceptions, besoins et attentes des mères face aux professionnels de la santé.....	118

Liste des tableaux

Tableau

1	Statistiques descriptives des groupes contrôle et ACS	52
2	Nombre de femmes, pour chaque groupe, ayant rapporté avoir vécu un comportement ayant augmenté ou diminué leur bien-être psychologique.....	54
3	Fréquences des réponses pour les sous-catégories des pratiques et attitudes ayant favorisé le bien-être	56
4	Fréquences des réponses pour les sous-catégories des pratiques et attitudes ayant diminué le bien-être	65

Remerciements

J'aimerais remercier ma directrice de recherche, Roxanne Lemieux, ainsi que mon codirecteur, Dominick Gamache, pour leur présence tout au long de mon parcours doctoral. Je vous remercie pour la confiance que vous avez eue, dès les premiers instants, en une plus jeune version de moi-même qui avait comme grande aspiration de devenir psychologue. Merci, Roxanne, de m'avoir transmis ta passion ainsi que ton expertise en matière de traumatismes interpersonnels. Dominick, merci d'avoir embarqué dans cette seconde opportunité de collaboration lors de cette grande étape que représente l'essai. Grâce à votre soutien, votre enthousiasme et votre rigueur, j'ai su surmonter l'ensemble des défis rencontrés et en retirer des expériences enrichissantes. Je remercie les professeurs et les collègues m'ayant appuyé dans cet essai par leur aide et leur participation à l'actualisation d'un tel projet. J'aimerais particulièrement remercier les femmes ayant pris part à l'étude sans qui tout cela n'aurait pas été possible.

Sur le plan personnel, je remercie mes précieuses amies qui ont toutes à leur façon rendue le processus derrière cet essai plus léger. Je remercie du même coup tous les baristas croisés dans nos fameuses journées de rédaction grâce à qui ces moments étaient plus agréables et chaleureux. Je remercie finalement mes parents, Joanne Nault et Alain Livernoche, pour leur appui et leurs encouragements durant tout le parcours doctoral. Toutes ces personnes auront rendu le chemin parcouru plus doux, amusant et stimulant.

Introduction

Il est reconnu que le vécu d'une agression à caractère sexuel (ACS) peut entraîner une multitude de conséquences, tant sur le plan sociétal qu'individuel. En 2009, au Canada, le coût total généré par les ACS perpétrées auprès de femmes était de 3 588 274 006 \$, incluant les coûts encourus par le système de justice, par les femmes ainsi que par les tierces parties (Hoddenbagh et al., 2014). Sur le plan individuel, les répercussions d'un tel événement sont complexes et peuvent s'étendre au-delà de la sphère sexuelle, notamment dû à la nature interpersonnelle de ce traumatisme. Les séquelles d'un traumatisme interpersonnel, soit un traumatisme survenant au sein d'une relation interpersonnelle, tel que l'abus physique, sexuel ou la négligence, peuvent s'observer tant sur le plan de la santé physique et mentale, que sur le plan relationnel (Lambert et al., 2017). Pour les femmes ayant vécu une ACS, ces conséquences peuvent être multiples (Chen et al., 2010; Hailes et al., 2019; Jina & Thomas, 2013) et s'observer à divers moments de leur vie, particulièrement lors de périodes sensibles sur le plan affectif et identitaire, telles que la transition à la parentalité. Cette période est susceptible d'activer les représentations internes que la personne possède, tant de soi que d'autrui (Slade et al., 2009). Dans le cas où ces représentations sont négatives, notamment pour des femmes ayant vécu une ACS, le développement identitaire se construisant autour de ces représentations peut devenir un défi. Le vécu d'ACS prédispose également ces femmes à vivre des difficultés psychologiques importantes durant leur grossesse (Brunton & Dyer, 2021; Chen et al., 2010) de même que des complications physiques (Brunton &

Dryer, 2021; Henriksen et al., 2013). La grossesse représente donc une période de grande vulnérabilité pour ces femmes.

Tout au long de cette période, plusieurs professionnels sont impliqués afin d'offrir les soins obstétricaux. Par les soins et services qu'ils offrent, ces professionnels peuvent moduler cette détresse psychologique, et ce, tant en aggravant cette dernière qu'en la diminuant. Quelques études ont fait état des répercussions possibles des pratiques de ces professionnels, notamment la retraumatisation, lors de moments critiques de la période périnatale, tels que l'accouchement (Byrne et al., 2017; Daphna-Tekoah et al., 2015; Gisladdottir et al., 2016; Halvorsen et al., 2013; Leeners et al., 2006, 2016; Lev-Wiesel et al., 2009; Rhodes & Hutchinson, 1994). Il importe de souligner qu'au cours des dernières décennies, il a été reconnu que des pratiques obstétricales, dont certaines sont répandues et peuvent paraître banales dans les milieux de soins (p.ex., pratiquer une épisiotomie sans demander le consentement de la patiente), sont en fait des mauvais traitements. Ce phénomène, désigné par le terme « violence obstétricale », fait référence à tous types d'abus ou de négligence perpétrés par les professionnels de la santé durant les soins obstétricaux, principalement lors de l'accouchement, et peut aussi inclure la discrimination et la coercition (Darilek, 2018). La prévalence exacte de ce phénomène est difficilement mesurable, car il ne semble pas y avoir de consensus sur la façon de le mesurer (Savage & Castro, 2017). Néanmoins, cette violence s'imisce de façon insidieuse lors des soins obstétricaux et elle serait fréquente. Dans l'étude réalisée par Vedam et ses collaborateurs (2019) auprès de femmes vivant aux États-Unis (n = 2138),

une répondante sur six a rapporté avoir vécu au moins une forme de maltraitance lors de la période périnatale de la part de son médecin, gynécologue ou sage-femme. Selon cette étude, toutes les femmes seraient à risque de vivre de la violence obstétricale, plus particulièrement celles étant marginalisées ou présentant des vulnérabilités. Le concept de violence obstétricale fait référence à des pratiques ou attitudes des professionnels de la santé qui sont reconnues comme ayant réellement eu lieu, bien que les perceptions des femmes les subissant apparaissent primordiales pour mieux comprendre le phénomène (Savage & Castro, 2017). Le présent essai ne porte pas sur les pratiques ou les attitudes des professionnels de la santé, dont celles pouvant être considérées comme de la violence obstétricale, lors des soins offerts durant la grossesse, mais il porte sur la perception des soins reçus par les femmes. Bien que ce soit la façon dont les pratiques et attitudes des professionnels sont vécues qui est mesurée dans le cadre de l'essai, il ne peut être infirmé ou confirmé que certaines d'entre elles, auxquelles les femmes participant à l'étude font référence, aient été des violences obstétricales. Néanmoins, l'essai s'attarde à la perception et l'appréciation des pratiques obstétricales durant la grossesse étant donné qu'il s'agit d'une période sensible pour les femmes avec un historique d'ACS, qu'il apparait primordial d'entendre ces dernières quant à la manière dont elles souhaitent être accompagnées durant cette importante étape et que les connaissances demeurent limitées à ce sujet. La présente étude a ainsi pour but de mieux comprendre les pratiques et attitudes des professionnels étant perçues comme les plus influentes sur le bien-être psychologique des femmes.

Dans les chapitres suivants, le contexte théorique sera d'abord présenté afin de faire état des connaissances actuelles portant sur les agressions à caractère sexuel en abordant respectivement leur définition, leur prévalence, les modèles théoriques permettant de mieux comprendre les répercussions possibles ainsi que davantage d'explications sur ces dernières. Les implications des professionnels lors de la période périnatale seront aussi présentées. La méthode utilisée dans le but de répondre aux objectifs de la présente recherche sera ensuite détaillée, puis les résultats seront présentés. Ces résultats seront ensuite discutés pour finalement aborder les forces et les limites de la présente étude et proposer des recommandations en regard des soins et services à privilégier.

Contexte théorique

Cette étude a pour but d'augmenter les connaissances concernant les perceptions de soins, lors de la grossesse, pour les femmes ayant vécu une ACS au cours de leur vie. Dans les sections suivantes, le concept d'ACS sera défini et la prévalence de ce phénomène sera présentée, de même que des modèles théoriques permettant de comprendre les répercussions des ACS. Un sommaire des études faisant état des répercussions psychologiques, physiques, relationnelles et intergénérationnelles d'une ACS sera ensuite détaillé. Les répercussions d'une ACS sur la période périnatale seront également abordées au sein de ces sections, vu l'objet de la présente étude. Les hypothèses et objectifs de l'étude seront finalement expliqués.

Agression à caractère sexuel

Afin de bien rendre compte de la problématique, les multiples définitions de l'agression à caractère sexuel seront expliquées selon, notamment, leur contexte d'utilisation. La prévalence des ACS sera ensuite explicitée pour la population mineure et majeure. Finalement, les modèles théoriques des répercussions des ACS seront détaillés afin de mieux comprendre les conséquences générées par un tel événement.

Définitions de l'agression à caractère sexuel

Il existe une multitude de définitions de l'agression à caractère sexuel, ou de l'agression sexuelle, en fonction de la perspective étudiée. Plusieurs termes sont

également utilisés pour parler de ce phénomène, dont « abus sexuel », « viol » ou « inceste », parfois en fonction de la définition privilégiée. L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) emploie quatre différentes perspectives pour définir l'ACS, soit les perspectives politique, clinique, scientifique et légale (INSPQ, 2020).

La définition adoptée dans les écrits de l'INSPQ est celle utilisée sur le plan politique par le gouvernement du Québec (2001) dans les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. L'ACS est alors définie comme :

Un geste à caractère sexuel, avec ou sans contact physique, commis par un individu sans le consentement de la personne visée ou, dans certains cas, notamment dans celui des enfants, par une manipulation affective ou par du chantage. Il s'agit d'un acte visant à assujettir une autre personne à ses propres désirs par un abus de pouvoir, par l'utilisation de la force ou de la contrainte, ou sous la menace implicite ou explicite. Une agression sexuelle porte atteinte aux droits fondamentaux, notamment à l'intégrité physique et psychologique et à la sécurité de la personne (p. 22, en ligne)

Cette définition inclut également la prostitution ainsi que la pornographie juvénile. En ce qui a trait aux définitions cliniques, elles font référence à des populations particulières, par exemple celle des enfants, pour laquelle les termes « abus sexuels » sont préférés. Concernant la perspective scientifique, les définitions varient grandement selon les écrits (INSPQ, 2020). Notamment, certains écrits adoptent une définition objective, en se basant, par exemple, sur les définitions présentées ci-haut, alors que d'autres utilisent des définitions plus subjectives, soit basées sur la représentation que possède la personne d'avoir vécu ou non une ACS.

Enfin, d'un point de vue légal, au Canada, une agression sexuelle est considérée comme une forme sexuelle de voies de fait. Les infractions criminelles sont déterminées en fonction de diverses caractéristiques, notamment l'âge de la personne ayant vécu l'agression. À cet effet, l'âge légal du consentement sexuel au Canada est de 16 ans. Cela signifie que, pour donner légalement son consentement à des activités sexuelles, la personne doit avoir minimalement 16 ans. Néanmoins, certaines exceptions de proximité d'âge existent. Ainsi, une personne de 14 ou 15 ans peut consentir à des activités sexuelles si le ou la partenaire est de moins de cinq ans son aîné(e). Dans le même ordre d'idée, un acte sexuel entre une personne de 12 ou 13 ans n'est pas considéré comme une agression sexuelle si le ou la partenaire est de moins de deux ans son aîné(e). Il est à noter que, dans tous les cas, s'il existe une relation de confiance, d'autorité ou de dépendance (p. ex., enseignant ou entraîneur), le consentement ne peut être donné avant l'âge de 18 ans (ministère de la Justice du Canada, 2017). Au sens de la loi, trois éléments doivent être présents pour qu'une activité sexuelle soit considérée comme une agression, soit (1) l'emploi de la force contre une personne; (2) un contexte sexuel (la nature sexuelle de la voie de fait); et (3) l'absence de consentement de la personne (INSPQ, 2020). Pour la présente étude, les relations sexuelles consentantes, mais dont la proximité d'âge n'est pas respectée, ont aussi été retenues dans la définition d'une ACS. Les perspectives politique, scientifique et légale de la définition d'une ACS ont été choisies pour l'essai afin de capter le plus grand nombre de répondantes susceptibles d'avoir vécu une ACS, tel que reconnue par elles-mêmes ainsi qu'au sens de la loi.

Prévalence des agressions à caractère sexuel

La prévalence de l'ACS au Québec est difficile à établir puisqu'elle repose majoritairement sur les incidents rapportés aux services de police ou à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ). Ce ne sont toutefois pas toutes les personnes vivant une ACS qui dévoileront une infraction sexuelle puisque moins de 5 % des ACS vécues seraient déclarées aux services de police au Canada (Perreault, 2015). L'ACS serait d'ailleurs l'un des crimes les moins déclarés, notamment dû à la honte et à la stigmatisation pouvant être vécues par les personnes qui y ont été exposées (Conroy & Cotter, 2017). Ainsi, il est possible de penser que le nombre d'ACS vécues est beaucoup plus élevé que celui documenté. Comparativement au rapport d'infractions criminelles et de signalement à la DPJ, les enquêtes populationnelles peuvent permettre d'établir un portrait plus fidèle de la situation puisqu'il est possible pour les répondants de déclarer ce type d'expérience de façon anonyme. Ces études utilisent souvent une définition de l'ACS plus inclusive, en considérant par exemple les ACS sans contact physique, menant ainsi à des taux de prévalence plus élevés (INSPQ, 2020). Un autre enjeu important pouvant influencer la prévalence rapportée repose sur la reconnaissance du vécu d'ACS par les personnes elles-mêmes. Dans une revue de la littérature portant sur le sujet, les auteurs rapportent que plus de la moitié des femmes ayant vécu une ACS ne le reconnaissent pas comme tel (Littleton et al., 2007). Ainsi, en fonction de la manière dont sera formulée la question, plus particulièrement si celle-ci repose sur une vision subjective de l'événement (p. ex., avez-vous vécu une agression à caractère sexuel?), il est possible que le nombre rapporté ne soit pas représentatif de la prévalence réelle de ce phénomène.

Population mineure

Au Québec, 16 % de la population aurait vécu une agression sexuelle avec contact physique avant l'âge de 18 ans, ce qui correspond approximativement à un garçon sur 10 et à une fille sur quatre (Tourigny et al., 2008). Ces statistiques sont similaires à celles trouvées à l'échelle mondiale par Stoltenborgh et ses collaborateurs (2011) qui rapportent que la prévalence de ce type d'événement serait de 7,6 % pour les hommes et 18 % pour les femmes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) mentionne quant à elle qu'une femme sur cinq aurait vécu une ACS durant l'enfance (World Health Organization, 2014) en comparaison à une femme sur dix dans la méta-analyse de Barth et ses collaborateurs (2013). Ces résultats sont en deçà de celui trouvé par Hébert et ses collaborateurs (2009) qui rapportent quant à eux une prévalence de 22,1 % chez les femmes au Québec. En 2016, parmi toutes les infractions sexuelles enregistrées par les corps policiers du Québec, 46,4 % des agressions sexuelles (c.-à-d., activité sexuelle avec contact physique sans consentement) et 90,9 % des autres infractions d'ordre sexuel (c.-à-d., tout autre incident criminel d'ordre sexuel, comme le voyeurisme) avaient été commises auprès d'une personne âgée de moins de 18 ans (Ministère de la Sécurité publique, 2020).

Population majeure

Au sein de la population féminine mondiale, Scott et ses collaborateurs (2018) rapportent que 12 % des femmes auraient vécu une agression sexuelle durant l'enfance ou à l'âge adulte. En 2014, au Canada, selon l'Enquête sociale générale (ESG; Conroy & Cotter, 2017), 22 agressions à caractère sexuel auraient été commises par tranche de 1000

habitants, représentant donc 636 000 incidents, ceci incluant à la fois les personnes s'identifiant comme étant un homme ou une femme. L'ESG permet d'amasser des données sur la victimisation sexuelle de façon autodéclarée auprès d'une population de plus de 15 ans, permettant de dresser un portrait plus juste de la situation puisque des événements n'ayant pas été rapportés aux services de police peuvent être comptabilisés (Statistique Canada, 2019). Selon cette même étude, les attouchements sexuels non désirés représentaient 70 % des incidents autodéclarés, alors que les attaques sexuelles et les activités sexuelles où la personne ne pouvait consentir représentaient respectivement 20 % et 10 % de ces incidents. Les femmes étaient surreprésentées puisque 87 % des ACS autodéclarées auraient été commises à leur égard. Ces chiffres sont cohérents avec ceux rapportés par les services de police indiquant que les femmes représentent 87 % des victimes d'ACS (ministère de la Sécurité publique, 2020). Selon l'ESG, près de la moitié des infractions rapportées avaient été vécues par des personnes âgées entre 15 et 24 ans, particulièrement des femmes (47 %; Conroy & Cotter, 2017).

Modèles théoriques des répercussions des agressions à caractère sexuel

Afin de mieux comprendre la façon dont les ACS peuvent engendrer des conséquences multiples, particulièrement sur la sphère interpersonnelle, divers modèles théoriques seront présentés dans la présente section. Le premier modèle, soit celui de Finkelhor et Browne (1985), fait référence aux ACS vécus lors de l'enfance alors que les suivants portent sur les ACS vécus à l'âge adulte. Bien qu'il existe plusieurs modèles permettant de mieux comprendre les répercussions des ACS, les modèles présentés

ultérieurement ont été choisis parce qu'ils paraissent comme étant parmi les plus pertinents pour comprendre les dynamiques relationnelles prenant place à la suite d'une ACS, la composante interactionnelle étant centrale à la question de recherche. Le modèle de Finkelhor et Browne (1985) est d'ailleurs l'un des premiers modèles offerts pour mieux concevoir ces dynamiques. Ces dernières sont particulièrement pertinentes pour mieux comprendre les perceptions des femmes en relation avec les professionnels de la santé. Par ailleurs, ces modèles semblent être des incontournables de la littérature sur le sujet, ces derniers étant cités dans plusieurs autres ouvrages. Le modèle de Burgess et Holmstrom (1974) est aussi l'un des premiers à avoir reconnu et conceptualisé les répercussions des ACS vécues à l'âge adulte.

Finkelhor et Browne (1985) ont proposé une conceptualisation rendant compte de la complexité des répercussions engendrées par les ACS vécus durant l'enfance et ont identifié quatre dynamiques traumatiques pouvant expliquer ces répercussions, soit la sexualisation traumatique, la trahison, le sentiment d'impuissance et la stigmatisation. Ces auteurs soulignent que la combinaison de ces quatre dynamiques différencie l'ACS durant l'enfance des autres types de traumatismes interpersonnels. La présence de ces quatre dynamiques peut affecter le développement émotionnel et cognitif de l'enfant ayant vécu une ACS, menant à des distorsions en ce qui concerne son concept de soi et du monde ainsi qu'une altération dans ses capacités à y faire face (Finkelhor & Browne, 1985). Ces distorsions peuvent mener à l'apparition de comportements problématiques et de difficultés relationnelles, et ce, de l'enfance à l'âge adulte.

La conceptualisation de Finkelhor et Browne (1985) peut aider à comprendre les multiples façons par lesquelles un vécu d'ACS peut affecter les relations interpersonnelles. D'abord, la sexualisation traumatique peut générer de la confusion quant au rôle que prend la sexualité au sein des relations, notamment si les comportements sexuels non désirés ont été vécus dans un contexte où un échange affectif ou intime était en jeu. Dans un tel contexte, la sexualité pourrait devenir une façon d'obtenir de l'affection ou de se rapprocher de l'autre, rendant les personnes vulnérables à sexualiser les relations interpersonnelles. Certaines personnes pourraient aussi avoir intégré une vision négative de la sexualité puisqu'elle représente pour elles un contexte de violence auquel sont associées des émotions désagréables, telles que le dégoût, l'impuissance ou la colère. Ces émotions pourraient alors « contaminer » les futures relations intimes et ainsi affecter la sphère interpersonnelle (Finkelhor & Browne, 1985). En ce qui a trait à la trahison, certaines femmes pourraient être particulièrement marquées par l'hostilité et la rage découlant de leur vécu, les empêchant d'établir des relations satisfaisantes et pouvant parfois même mener à l'isolement. À l'inverse, d'autres femmes pourraient mettre en place des comportements de dépendance dans l'espoir de garder leur partenaire engagé(e) auprès d'elles, ayant autrefois été brimées lors de l'ACS, surtout lorsque celle-ci a été perpétrée au sein d'une relation de confiance. Ces deux types de réactions peuvent être une façon d'éviter que se rejoue une dynamique de trahison au sein des relations intimes. La troisième dynamique, soit l'impuissance, peut teinter la perception que les femmes ont d'elles-mêmes, plus particulièrement en ce qui a trait à leur sens d'efficacité personnelle. Dans les situations où plusieurs ACS ont été vécues, ces femmes pourraient intégrer à leur

représentation d'elles-mêmes la perception qu'elles sont des victimes et ainsi s'attendre à être revictimisées. Pour éviter cela, certaines pourraient chercher à prendre le contrôle de façon excessive au sein de leurs relations, occasionnant du même coup des difficultés relationnelles (Finkelhor & Browne, 1985). Ce modèle apparaît particulièrement intéressant afin de comprendre la façon dont les femmes enceintes peuvent se sentir face au professionnel de la santé pouvant représenter une forme d'autorité et ainsi moduler la façon dont elles perçoivent les agissements de ce dernier, en particulier ce qui a trait au sentiment d'impuissance.

En 1974, Burgess et Holmstrom ont documenté l'existence du *Rape trauma syndrome* auprès de femmes rapportant avoir vécu une ACS à l'âge adulte. Ces auteures identifient deux phases réactionnelles permettant de mieux comprendre les symptômes et réactions suivant une ACS, tant sur les plans psychologique et physique que social et sexuel. La première phase en est une de perturbation. Elle suit directement l'ACS et peut se poursuivre de quelques jours à quelques mois suivants l'événement. Dans les premiers instants suivant l'ACS, les auteures distinguent deux types de réactions. La première est marquée par l'expression d'affects, plus précisément de peur, de colère et d'anxiété. La seconde est marquée par un contrôle des affects, soit en les cachant ou en les niant. Dans les jours suivants, ces affects se modulent et peuvent être accompagnés de honte, d'humiliation ou de blâme de soi. Durant cette étape, le mode de vie de ces femmes est complètement chamboulé en regard de l'événement vécu. Des symptômes physiques peuvent aussi être présents, au niveau musculaire, digestif ou génital.

La seconde phase en est une de désorganisation/réorganisation. Elle peut durer de quelques mois à plusieurs années. Durant cette période, les femmes doivent apprendre à réorganiser leur mode de vie et doivent retrouver un sentiment de contrôle sur le monde. Cette phase est caractérisée par des symptômes relatifs au traumatisme (c.-à-d. symptômes de trouble de stress post-traumatique), tels que des pensées intrusives ou des cauchemars. Il peut également y avoir l'apparition de nouvelles peurs ou phobies, parfois en défense au contexte dans lequel l'ACS a pris forme (p. ex., peur d'être seule). La façon dont les femmes traverseront cette phase peut être influencée par divers éléments, tant personnels, comme leurs forces personnelles, qu'environnementaux, tels que les réactions de leur entourage et le soutien offert.

Hilberman (1976) souligne que lors d'une ACS, ce n'est pas seulement le corps qui vit une intrusion, mais bien le soi entier. Cette invasion se vit dans un espace « privé », intime, et peut entraîner une perte d'autonomie et de contrôle. Pour ces raisons, cet auteur caractérise l'ACS comme étant l'ultime violation du soi. En lien avec cette conceptualisation, Burgess et Holmstrom (1974) soulignent les répercussions importantes d'une ACS sur les fonctions adaptatives des femmes. Cet événement tend à favoriser l'émergence et le maintien d'un sentiment d'impuissance et de honte. La présence de ces affects limiterait ainsi les capacités des femmes à faire face à l'adversité que représente l'ACS.

Notman et Nadelson (1976) soulignent que ces états de honte et d'impuissance tendent à faire resurgir des enjeux sur le plan de l'autonomie et de la dépendance, particulièrement chez les femmes se responsabilisant pour l'ACS vécue. En effet, celles-ci peuvent remettre en doute leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes et à se protéger de situations dangereuses. Elles auront ainsi tendance à se reposer sur autrui, ce qui peut les maintenir dans leur perception d'être impuissantes et en manque de contrôle. Les relations au sein desquelles cette dynamique prend place peuvent être affectées négativement. Ces éléments apparaissent intéressants afin de mieux comprendre les enjeux pouvant exister au sein des relations avec les professionnels leur octroyant des soins.

Répercussions des agressions à caractère sexuel

Comme énoncé précédemment, les conséquences engendrées par une ACS sont nombreuses et affectent plusieurs sphères du fonctionnement des femmes l'ayant vécu. Les répercussions concernant la santé mentale durant la grossesse seront d'abord élaborées, tant pour les ACS vécus durant l'enfance et l'adolescence qu'à l'âge adulte. Ensuite, des études portant sur les conséquences des ACS sur la santé physique des femmes lors de la grossesse seront présentées. Les répercussions sur les relations interpersonnelles ainsi qu'intergénérationnelles seront également explicitées.

Répercussions sur la santé mentale

Les femmes ayant été exposées à une ACS sont susceptibles de vivre de la détresse psychologique durant la grossesse (Slavič & Gostečnik, 2015). En effet, la grossesse et la première année post-partum seraient l'une des périodes les plus critiques en termes de santé mentale pour les femmes, tant pour l'apparition de nouveaux troubles psychologiques que pour l'augmentation de symptomatologie préalablement présente (Guedeney & Tereno, 2010). La littérature portant sur les répercussions d'une ACS sur la santé mentale est substantielle et montre que tant les ACS vécues avant 18 ans que celles vécues à l'âge adulte affectent grandement les personnes victimisées. Certains articles abordent d'ailleurs ces deux périodes de façon commune. Les résultats de ces derniers seront abordés dans la section portant sur les répercussions vécues à l'âge adulte puisque moins d'études semblent faire mention de conséquences mesurées durant cette période que pour les ACS vécues durant l'enfance et l'adolescence.

Répercussions psychologiques de l'agression à caractère sexuel vécue durant l'enfance et l'adolescence

Selon une étude réalisée au Québec auprès de jeunes dont l'ACS fut jugée fondée par la DPJ, 30 % de l'échantillon ($n = 882$) avait eu recours à des services en santé mentale dans l'année suivant le premier signalement (Daigneault et al., 2017). Cette étude, utilisant un devis de cas-contrôle apparié, permettait de comparer les jeunes ayant vécu une ACS à d'autres jeunes n'ayant pas ce type de vécu avec comme objectif de déterminer les conséquences survenant après l'ACS. Les jeunes ayant vécu une ACS étaient 5,5 fois plus à risque de consulter un médecin pour des problèmes sur le plan de la santé mentale dans

la première année suivant l'ACS et deux fois plus à risque après une période de 10 ans. Ces jeunes seraient également 10 fois plus à risque d'être hospitalisés pour des troubles de santé mentale, et ce, sur une période de 10 ans suivant le premier signalement (Daigneault et al., 2017). À cet effet, Yüce et ses collaborateurs (2015) ont observé que 75 % des jeunes questionnés pour leur étude remplissaient les critères d'au moins un trouble psychiatrique, majoritairement la dépression (45,9 %) et le trouble de stress post-traumatique (TSPT; 31,7 %).

À l'âge adulte, selon une méta-analyse sur le sujet, l'exposition à une ACS durant l'enfance serait associée à de la dépression chronique, de l'anxiété et de l'abus de substances (Fuller-Thomson et al., 2020). Les femmes ayant vécu une ACS présenteraient également plus d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide que la population générale (Dworkin et al., 2020) et auraient une satisfaction de vie générale plus basse que dans la population générale (Fuller-Thomson et al., 2020). Les personnes âgées de plus de 50 ans ayant vécu une ACS durant l'enfance auraient significativement plus de symptômes anxiodépressifs et vivraient plus de solitude (Kamiya et al., 2016). Il est possible de constater l'étendue des répercussions possibles, sur la santé mentale, d'une ACS vécue lors de l'enfance ou de l'adolescence, et ce, même plusieurs années après ledit événement.

Durant la grossesse, les femmes ayant vécu une ACS durant l'enfance présenteraient davantage de stress et de symptômes anxieux et dépressifs, en plus de présenter un nombre

plus élevé d'idéations suicidaires que les femmes n'ayant pas été exposées à ce type de traumatisme (Leeners et al., 2006). Le vécu d'une ACS prédirait l'apparition de symptômes dépressifs lors du troisième trimestre (Verreault et al., 2014). Certaines femmes développeraient une hypervigilance aux différentes sensations dans leur corps les menant à vivre celles-ci comme particulièrement inquiétantes et dangereuses, ce qui augmenterait leur détresse psychologique durant la grossesse (Leeners et al., 2006). Le vécu d'ACS durant l'enfance augmenterait également les risques d'abus de substances pendant la grossesse (Munro et al., 2012). Dans une optique de gérer la reviviscence des agressions vécues, certaines femmes présenteraient des comportements associés à la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, ou des comportements sexuels à haut risque pouvant mener au développement d'ITSS (Roller, 2011). Ces comportements seraient susceptibles d'entraîner à leur tour des complications tant pour les mères que pour le développement de leur fœtus (Preece & Riley, 2011).

Répercussions psychologiques de l'agression à caractère sexuel vécue à l'âge adulte

Dans les jours suivants l'ACS, le fait de consommer de la drogue serait associé à l'apparition de symptômes dépressifs (Dir et al., 2018). À cet effet, les femmes consommant plusieurs types de drogues rapporteraient plus de symptômes dépressifs que les femmes consommant un seul type de drogue ou aucun. Dans cet échantillon, plus de la moitié des femmes présentant des symptômes dépressifs rapportaient aussi des symptômes de TSPT. À plus long terme, il existerait une association entre le vécu d'ACS et la persistance de symptômes psychologiques menant aux diagnostics d'anxiété, de

dépression, de trouble du comportement alimentaire, de TSPT et de troubles du sommeil selon une méta-analyse regroupant 37 articles ayant porté sur la présence de psychopathologie à la suite d'une ACS (Chen et al., 2010). Dworkin et ses collaborateurs (2017) ont également rapporté une prévalence plus élevée pour tous les types de psychopathologie examinés dans le cadre de leur méta-analyse, chez des personnes ayant vécu une ACS au cours de leur vie, en comparaison à une population ne présentant pas ce type de vécu ($g = 0,64$). Cette association était particulièrement plus forte en ce qui a trait à la présence de troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress ($g = 0,71$), de troubles bipolaires ($g = 0,66$), de trouble obsessionnel compulsif ($g = 0,71$) et de comportements suicidaires ($g = 0,74$), soit des idéations et des tentatives de suicide. L'ensemble de ces résultats indiquent que les personnes ayant été exposées à une ACS sont plus vulnérables au développement de troubles de santé mentale. Il semble que les femmes s'attribuant le blâme des événements vivraient davantage de symptômes dépressifs et de TSPT, tels que l'augmentation des souvenirs intrusifs et de la reviviscence (Berman et al., 2018).

Les femmes ayant vécu une ACS seraient aussi plus à risque de développer des symptômes de stress post-traumatique lors de la période périnatale que les femmes ayant subi d'autres types de traumatismes ou n'ayant pas ce type de vécu (Daphna-Tekoah et al., 2015; Geller & Stasko, 2017; Wosu et al., 2015). Une hypothèse explicative est que certaines femmes ayant vécu une ACS revivraient leurs expériences abusives lors de cette période (Halvorsen et al., 2013). En effet, par leur nature invasive, les soins périnataux

vécus au cours de la grossesse peuvent déclencher des sentiments de perte de contrôle et de vulnérabilité, favorisant l'expérience de cette période comme traumatisante. Ces sentiments peuvent être particulièrement plus intenses en regard des attitudes et pratiques déployées par les professionnels dispensant ces soins (Halvorsen et al., 2013). À titre d'exemple, une intervention qui n'aurait pas été expliquée préalablement serait susceptible de déclencher davantage de détresse. Par ailleurs, plusieurs interventions pratiquées en cours de grossesse peuvent être identifiées par ces femmes comme étant particulièrement traumatisantes étant donné leur similarité avec certaines composantes des ACS vécues (Halvorsen et al., 2013; LoGiudice, 2016; Montgomery et al., 2015). Des examens gynécologiques durant lesquels les femmes peuvent se retrouver dans un rôle passif, de sorte qu'elles ont le sentiment de subir ce qui leur arrive, peut bien illustrer les propos des femmes interrogées dans le cadre des études empiriques. Ce type d'examens peut également être vécu comme inconfortable, intrusif ou douloureux (Halvorsen et al., 2013). Les femmes ayant vécu une ACS perçoivent d'ailleurs les examens gynécologiques comme favorisant l'apparition de tensions psychologiques dans une plus grande proportion que les femmes n'ayant pas ce type de vécu (37 % versus 3,5 %; Leeners et al., 2007). Des femmes signalent que des interventions médicales, même si elles ne partagent pas de caractéristiques avec l'ACS vécue, sont tout de même susceptibles de susciter de la détresse chez elles puisqu'elles peuvent être vécues comme intrusives (p. ex., placement d'un cathéter ou procédures pour l'épidurale; LoGiudice, 2016). Ces soins agiraient comme déclencheur potentiel de symptômes de stress post-traumatique (Daphna-Tekoah et al., 2015). Ces symptômes favoriseraient à leur tour

l'émergence d'autres facteurs de risque susceptibles d'accentuer leur détresse. En effet, il semble que les femmes présentant un TSPT seraient plus à risque de développer certaines complications physiques, telles qu'une grossesse ectopique, l'hyperemesis ou des contractions prématurées (Seng et al., 2001).

D'autres femmes éprouveraient aussi des symptômes de dissociation durant la grossesse. La dissociation est définie comme un processus mental générant des déficits ou des absences de connexions avec les pensées, les souvenirs, les sentiments, les actions ou le sens de soi (Daphna-Tekoah et al., 2015). La fonction première de ce processus est la protection permettant aux personnes de ne pas être submergées par la détresse vécue. Toutefois, la dissociation demeure couteuse sur le plan de l'adaptation puisque, dans certaines situations, cela peut rendre difficile, voire impossible, la détection de certaines sensations ou certains signaux importants. C'est d'ailleurs ce qui pourrait expliquer que ces femmes présentent davantage de complications lors de la grossesse, puisqu'elles seraient plus ou moins disposées à percevoir les signes avant-coureurs d'une infection ou de la diminution des mouvements du fœtus par exemple (Leeners et al., 2006).

Ces résultats mettent en évidence l'importance d'intervenir durant la grossesse auprès des femmes ayant vécu des ACS considérant qu'il s'agit d'une période de transition importante et que les mécanismes plus ou moins conscients qu'elles utilisent pour gérer la détresse psychologique peuvent avoir un effet délétère sur leur santé, mais aussi, sur celle de l'enfant. Le rôle joué par les professionnels prodiguant des soins obstétricaux

apparaît donc primordial en ce sens. Bien que ces articles dressent un portrait global de la réalité des femmes ayant vécu une ACS, il demeure que la littérature sur le sujet est plus importante et détaillée en ce qui concerne l'accouchement que la grossesse. Une minorité des études citées précédemment font état de la détresse psychologique chez les femmes enceintes ayant vécu l'ACS à l'âge adulte. Il semble que cette réalité soit moins documentée, bien qu'elle apparaisse tout aussi importante dans la compréhension de cette problématique. De plus, les auteurs se sont particulièrement intéressés aux conséquences telles que vécues par les femmes, mais trop peu à la façon dont ces conséquences peuvent être évitées ou prises en charge. Dans les dernières années, certains auteurs cités précédemment ont pu soutenir, par leurs résultats, qu'il fallait augmenter les connaissances en lien aux conséquences des ACS sur l'expérience de la grossesse et changer les attitudes des professionnels œuvrant en périnatalité. Toutefois, cela semble avoir suscité peu d'apports concrets concernant la façon dont les soins devaient être modifiés pour réellement soutenir ces femmes. Les articles en faisant mention seront discutés ultérieurement dans cet essai. Par ailleurs, en 2019, le gouvernement de l'Australie-Méridionale a publié un document officiel contenant des lignes directrices de bonnes pratiques en périnatalité à appliquer auprès de femmes ayant vécu une ACS durant l'enfance, tant dans l'identification de ces dernières que dans le soutien à leur offrir. Il apparaît primordial qu'un nombre plus important de guides de bonnes pratiques basées sur la recherche empirique soient offerts, et ce, tant pour les femmes ayant vécu une ACS durant l'enfance qu'à l'âge adulte.

Complications physiques lors de la grossesse

Lors de la grossesse, les femmes ayant vécu une ACS durant l'enfance rapporteraient plus de contractions prématurées et d'insuffisance cervicale (Leeners et al., 2010). La fréquence plus élevée de contractions prématurées mènerait également à davantage d'hospitalisations et d'accouchements prématurés. Elles vivraient aussi plus d'inconfort et manifesteraient davantage de plaintes somatiques (Leeners et al., 2006). Les femmes ayant vécu une ACS à l'âge adulte rapporteraient, quant à elles, davantage de vomissements et de nausées que les femmes n'ayant pas ce type de vécu ou ayant vécu une ACS spécifiquement durant l'enfance (Henriksen et al., 2013). De façon générale, les femmes ayant vécu une ACS, peu importe la période de leur vie au cours de laquelle elle est survenue, rapporteraient plus de symptômes physiques que les femmes n'ayant pas ce type de vécu, et ce, dès le premier mois de grossesse (Lukasse et al., 2012). De plus, un niveau de violence élevé durant l'ACS serait associé à un nombre plus élevé de symptômes physiques. Les femmes ayant vécu une ACS vivraient aussi plus d'hospitalisations anténatales que celles sans ce type de vécu (Henriksen et al., 2013). Les raisons de ces hospitalisations seraient multiples, comme des saignements, des risques de fausse couche ou de l'hyperemesis. Elles auraient également plus de risque d'être admises plusieurs fois pour un même problème de santé. Encore une fois, la sévérité de l'ACS prédirait une augmentation des risques sur ce plan. Ces femmes seraient également davantage à risque de développer des infections durant la grossesse, particulièrement si elles ont développé un TSPT (Munro et al., 2012). Les femmes multipares ayant vécu une ACS vivraient aussi plus de douleurs pelviennes (van der Hulst et al., 2006).

Conséquemment à ces difficultés, ces femmes consulteraient davantage de professionnels offrant des soins obstétricaux (Leeners et al., 2006), d'où l'importance que ces derniers soient sensibles au vécu, lors des soins, des femmes ayant été exposées à des ACS.

Répercussions sur les relations interpersonnelles

Les répercussions des traumatismes interpersonnels, dont les ACS, s'immiscent souvent d'une façon insidieuse dans des facettes centrales de la vie des victimes, telles que la régulation des affects, le concept de soi et les relations interpersonnelles (Cloitre et al., 2013). Ces répercussions peuvent s'illustrer de multiples façons dans les relations interpersonnelles des femmes ayant vécu une ACS. Ainsi, la qualité de leur relation conjugale serait perçue comme moindre, particulièrement en raison d'un nombre plus élevé de conflits ainsi qu'un niveau de bonheur subjectif plus bas au sein cette relation (Schütze et al., 2020). Les femmes ayant vécu une ACS, et ayant développé des symptômes de TSPT, auraient également plus d'insatisfaction dans leurs relations lorsqu'aucun soutien psychologique n'a été obtenu en lien avec ces symptômes (DiMauro & Renshaw, 2019). Ces femmes vivraient aussi plus de conflits familiaux et seraient davantage à risque de violence physique de la part d'un partenaire. Ces dernières associations seraient médiées par la honte ressentie à l'égard de l'ACS vécue (Kim et al., 2009). La détresse psychologique expliquerait aussi en partie l'apparition de différents problèmes interpersonnels, tel que les conflits et le manque de soutien social (Lamoureux et al., 2012).

Il est également important de rappeler que de tels événements peuvent affecter la personne de façon fondamentale dans le développement de son sentiment de sécurité et de maîtrise face au monde, ainsi que dans ses représentations de soi et d'autrui (Kinsler et al., 2009). À cet effet, le développement d'un TSPT peut être accompagné de croyances ou d'attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, les autres ou le monde (American Psychiatric Association, 2015). Ces dernières peuvent donc affecter négativement les perceptions que les femmes développent envers autrui. En contexte de soins, ces difficultés peuvent se répercuter dans les relations avec les professionnels fournissant des soins et des services, notamment en contexte de psychothérapie où la relation peut devenir un élément central du travail auprès de ces femmes (Kinsler et al., 2009). Ces répercussions peuvent également être observées en contexte de soins obstétricaux, où la relation avec les professionnels peut être déterminante dans la façon dont ces femmes vivront les soins. En lien avec leurs représentations d'elles-mêmes, les femmes ayant vécu une ACS auraient un sentiment d'efficacité personnelle moindre en ce qui a trait aux soins obstétriques, particulièrement celles ayant des symptômes dépressifs ou de stress post-traumatique (Stevens et al., 2017). Cela entraînerait des répercussions sur leur capacité à exprimer leur inconfort ou leurs inquiétudes en lien avec les soins reçus, affectant du même coup leur capacité à nommer leurs besoins en ce sens aux professionnels leur prodiguant des soins. Selon ces auteurs, les difficultés à s'exprimer face aux professionnels de la santé favoriseraient le risque de retraumatisation dans le cadre des soins obstétricaux, Cela donnerait place à davantage de pratiques perçues comme traumatisantes.

Répercussions intergénérationnelles

Les répercussions d'une ACS ne se limitent pas seulement à la personne l'ayant vécue, puisqu'elles peuvent affecter la génération suivante. Dans la littérature, ce phénomène porte plusieurs termes, tels que « traumatisme intergénérationnel » ou « transmission intergénérationnelle de la vulnérabilité ou des risques » (Baril & Tourigny, 2015). Dans le cadre de la présente étude, nous référerons au terme « transmission intergénérationnelle du risque associé aux ACS » pour désigner les répercussions des ACS vécues par les mères sur leur enfant.

Une des façons à travers laquelle les répercussions intergénérationnelles des ACS s'observent est que ces enfants seraient plus à risque de vivre à leur tour des traumatismes interpersonnels (abus ou négligence) en comparaison aux enfants de mères n'ayant pas été exposées à une ACS (Lange et al., 2019; Zvara et al., 2017). Diverses explications ont été soulevées pour expliquer le phénomène, notamment le fait que les mères peuvent présenter des conséquences à long terme (psychopathologie, difficultés relationnelles et conjugales, capacités parentales déficitaires) pouvant affecter le développement socioémotionnel de leur enfant (Baril & Tourigny, 2015). À cet effet, la psychopathologie peut jouer un rôle important dans la transmission intergénérationnelle du traumatisme, d'autant plus qu'elle est présente dans une plus grande mesure chez les femmes ayant vécu une ACS, comme mentionné dans une section précédente. Par exemple, la présence d'un TSPT chez la mère lors de la période périnatale serait associée à des difficultés physiques et psychologiques de l'enfant, de même qu'à des répercussions sur la relation mère-enfant

(Cook et al., 2018). Cela apparaît particulièrement préoccupant considérant la prévalence élevée de TSPT chez les mères ayant vécu une ACS. Il apparaît donc primordial qu'une prise en charge adéquate soit faite dès la période périnatale afin de limiter les conséquences potentielles de l'ACS sur la génération future.

Implication des professionnels lors de la période périnatale

Au Québec, deux trajectoires de services sont possibles pour les femmes enceintes, soit d'entreprendre leur suivi de grossesse en milieu hospitalier, avec médecin ou un gynécologue, soit de recevoir les services d'une sage-femme, notamment en maison de naissance (CIUSSS MCQ, 2023). Au sein du milieu hospitalier, les premières rencontres de suivi sont effectuées autour de la 12^e semaine de grossesse (INSPQ, 2023). Une première échographie ainsi qu'une prise de sang sont d'abord réalisées afin de confirmer la grossesse. Le professionnel de la santé en charge du suivi rencontre ensuite la femme enceinte et peut référer celle-ci pour un test de dépistage afin de détecter la présence d'anomalie chez le fœtus, telle que la trisomie 21, si la femme le souhaite. Lorsque la grossesse n'est pas considérée comme étant à risque, une consultation avec le professionnel a lieu aux 4 à 6 semaines entre la 12^e et la 30^e semaine, puis la fréquence augmente aux 2 à 3 semaines entre la 31^e et la 36^e semaine de grossesse. Finalement, entre la 37^e semaine et la naissance, le rythme des consultations augmente à une rencontre par semaine. Conjointement à ces rencontres, des échographies peuvent être menées ainsi que divers tests pour assurer le bon déroulement de la grossesse (p.ex., test de dépistage du diabète gestationnel ou prélèvements vaginaux). En ce qui a trait aux services sage-

femme, une équipe sages-femmes est attribuée aux mères au moment de leur inscription et cette équipe est disponible à tous moments, en plus d'une sage-femme principale qui est responsable du suivi (Ordre des sages-femmes du Québec, 2023). L'évolution de la grossesse est vérifiée à chacune des rencontres par l'analyse des paramètres cliniques et leur fréquence est similaire à celle dans le milieu hospitalier. Ces rencontres sont d'une durée approximative de 50 minutes et permettent de couvrir différents sujets liés à la grossesse, tels que la parentalité ou les tests disponibles. Les sages-femmes sont habilités à prescrire tous les examens cliniques pertinents et nécessaires à la grossesse (p.ex., échographies). Si besoin, elles peuvent référer à d'autres professionnels et peuvent être appelées à travailler en collaboration interprofessionnelle.

Les professionnels exerçant en contexte obstétrical peuvent jouer un rôle important auprès des femmes enceintes qui ont vécu une ACS au cours de leur vie afin de favoriser leur bien-être durant la grossesse. Les pratiques mises en place peuvent toutefois avoir l'effet contraire en diminuant plutôt leur bien-être. Dans l'étude d'Halvorsen et ses collaborateurs (2013), la nature des interactions mises en place entre les professionnels et les mères durant l'accouchement était ce qui expliquait le mieux la reviviscence du traumatisme pour les femmes interrogées. Souvent perçus comme experts, les professionnels peuvent se retrouver en position de contrôle par rapport aux mères. En procédant à des soins invasifs sur le plan de l'intimité, les professionnels peuvent alors être perçus comme une personnification de l'abuseur avec lequel elles entrent dans une guerre de pouvoir. Les femmes interrogées par ces chercheurs décrivent alors une situation

de « combat » avec le professionnel, durant lequel elles tentent de se protéger, en couvrant leur corps durant l'accouchement, par exemple, ou en s'opposant à la position dans laquelle elles sont forcées d'accoucher. Autant lors de l'accouchement que lors de l'agression passée, plusieurs femmes rapportent que l'expérience de combat se solde souvent par leur résignation. Dans un cas extrême, l'utilisation d'un mécanisme comme la dissociation peut être le résultat de cette résignation. Cela augmente dès lors le sentiment de vulnérabilité des mères, rendant l'accouchement d'autant plus éprouvant (Halvorsen et al., 2013). De plus, la quantité d'interventions médicales durant l'accouchement ainsi que l'insatisfaction relative aux soins reçus durant le travail seraient liées au développement d'un TSPT à la suite de l'accouchement (Daphna-Tekoah et al., 2015).

La reconnaissance par les professionnels que la période périnatale peut être éprouvante pour les femmes ayant vécu une ACS semble être un élément fondamental pour favoriser le sentiment de sécurité chez elles lors des soins. Stevens et ses collaborateurs (2017) rapportent que seulement 22 % des femmes participant à leur étude ($n = 41$) avaient été questionnées sur leur vécu d'ACS. Dans le même ordre d'idées, les professionnels questionnés dans l'étude de McGregor et ses collaborateurs (2013) ont nommé qu'ils ajustaient leurs soins seulement lorsque les femmes rencontrées nommaient avoir vécu une ACS. Néanmoins, le dépistage d'un tel vécu n'était pas inclus dans leur routine de soins. Considérant qu'une minorité des femmes dévoilent leur vécu d'ACS sans être questionnées préalablement (Leeners et al., 2007; McGregor et al., 2010), cette façon

de faire ne semble pas appropriée dans l'optique de rendre des soins sensibles à ce vécu en regard des résultats rapportés par McGregor et ses collaborateurs (2013). Plusieurs raisons ont été nommées par ces professionnels pour expliquer l'absence de dépistage, principalement le manque de connaissances sur les façons de faire et d'intervenir lors du dévoilement (McGregor et al., 2013). Les répondants ont tous indiqué la pertinence de recevoir de la formation sur le sujet, alors que peu d'entre eux en avaient réellement obtenu. Le dépistage d'un vécu d'ACS apparaît comme central dans plusieurs études puisque bon nombre de professionnels s'appuient sur cette information pour moduler leurs soins (McGregor et al., 2010; Millar et al., 2021; Munro et al., 2012; Roussillon, 1998). Néanmoins, ce ne sont pas tous les professionnels qui se perçoivent comme suffisamment compétents pour octroyer les soins attendus à la suite d'un dévoilement. En effet, entre 48 et 59 % des sages-femmes ont indiqué ne pas savoir comment intervenir dans une telle situation, dépendamment de leur milieu de soins (Jackson & Fraser, 2009). La probabilité d'exacerber, de façon non intentionnelle, la détresse psychologique par la provision de soins invasifs et retraumatisants est augmentée lorsque ce type de vécu n'est pas pris en compte (Jackson & Fraser, 2009; McGregor et al., 2010). Néanmoins, selon certains auteurs, l'offre de soins sensibles devrait se faire sans avoir besoin de connaître préalablement la présence d'un vécu d'ACS (Leeners et al., 2007; Montgomery, 2013; Owens et al., 2022). Il subsiste donc des contradictions à cet égard dans la littérature.

D'autres soins sont aussi susceptibles de nuire au bien-être des femmes lors de la période périnatale. L'étude de Reed et ses collaborateurs (2017) a permis de faire ressortir

quatre thématiques aidant à mieux comprendre les attitudes ou comportements contribuant à diminuer le bien-être psychologique lors de l'accouchement. Dans cette étude, 66,7 % de l'échantillon ($n = 499$) identifiait les attitudes et comportements du professionnel comme étant l'élément traumatique de leur accouchement. Il est à noter que l'échantillon de cette étude regroupe des femmes avec et sans vécu d'ACS. Le premier thème concerne la priorisation des besoins du professionnel en dépit des besoins des femmes. Le second porte sur le fait d'ignorer les connaissances ou impressions que les femmes possèdent d'elles-mêmes en priorisant les connaissances théoriques. Le troisième fait référence à la perception que les professionnels mentaient ou menaçaient les femmes dans le but de modifier les choix de cette dernière. Le dernier thème repose sur l'impression de violation que peuvent ressentir les femmes, particulièrement à cause du manque de contrôle perçu durant l'accouchement. Plusieurs répondantes ont employé des termes utilisés habituellement en lien avec une ACS, tels que s'être sentie « violée », « violentée » ou « mutilée », et ce, tant pour les femmes ayant vécu une ACS par le passé que pour celles n'en ayant pas vécu.

Une méta-analyse de Montgomery (2013) portant sur des femmes ayant vécu une ACS lors de l'enfance a permis de dégager divers besoins que ces dernières présentent lors des soins périnataux. Le premier besoin identifié est la reprise de contrôle. Lors de l'expérience traumatique, les femmes ont appris que de perdre le contrôle représentait un danger. Cette perte de contrôle peut être vécue à nouveau dans un contexte de soins, soit de façon externe (p. ex., lors d'un soin prodigué par un médecin sur lequel elle n'a pas de

choix) ou de façon interne (p. ex., en rencontrant des difficultés à réguler les affects suscités par une mauvaise nouvelle concernant la grossesse). Cette impression de perdre le contrôle peut donner place à une grande impuissance, laquelle a également pu être vécue lors de l'ACS, tel que discuté précédemment. Pour reprendre le contrôle, divers moyens sont proposés, tels que l'écriture d'un plan de naissance, la diminution de procédures nécessitant l'usage de médicaments pouvant altérer l'implication de la femme ou le respect des demandes concernant les frontières et l'intimité. Un autre besoin identifié repose sur la diminution du sentiment de vulnérabilité. Pour les femmes ayant vécu une ACS, ce sentiment peut être directement lié aux réponses traumatiques « combattre, fuir et figer » puisqu'il représente une atteinte à la sécurité. Dans une situation où la fuite physique n'est pas possible, la dissociation peut survenir. Pour diminuer cela, il est proposé que les femmes puissent choisir le professionnel responsable de leur accouchement et qu'une relation de confiance soit bâtie avec ce dernier. Selon Montgomery, lorsque tous ces éléments sont réunis (i.e. contrôle, sentiment de sécurité et relation de confiance), il serait possible que la période périnatale soit une expérience suffisamment positive pour aider à la guérison de l'ACS. Dans le cas contraire, l'expérience de soins peut susciter la reviviscence de l'ACS. Bien que la majorité de ces informations se rapportent à l'accouchement, il est possible de penser que celles-ci peuvent illustrer, du moins en partie, ce qui peut être vécu lors de la grossesse. Davantage d'études relatives à cette période sont essentielles afin de mieux comprendre la façon dont sont vécus ces soins ainsi que les répercussions possibles sur la relation avec les professionnels impliqués lors de la grossesse. À cet effet, connaître la nature des soins et

des attitudes pouvant mener à percevoir ces derniers comme favorisant le bien-être psychologique de ces mères pourrait permettre d'adapter les pratiques afin que le risque de retraumatisation diminue pour elles.

Plusieurs études ont permis de formuler des recommandations pour ces professionnels, telles qu'offrir une description claire des soins ou procédures qui seront faits et en obtenir le consentement, s'assurer de l'état des mères avant de procéder ou arrêter la procédure si les mères présentent des signes de détresse psychologique (Byrne et al., 2017; Coles & Jones, 2009; Rhodes & Hutchinson, 1994). Certains professionnels énoncent également des besoins concernant les façons de moduler leurs soins en regard du vécu d'ACS. Par exemple, dans l'étude de Walker et Allan (2014), la moitié des infirmières questionnées ($n = 51$) ne se disaient pas en confiance de procéder à des examens pelviens auprès de femmes ayant vécu une ACS durant l'enfance et 94 % d'entre elles ont indiqué que des formations à cet effet seraient pertinentes afin d'offrir des soins plus sensibles. Sperlich et ses collaborateurs (2017) soulignent qu'une étape importante au déploiement de pratiques dites sensibles aux traumatismes serait de se concentrer sur la relation qui existe entre les professionnels et les mères, notamment par la création d'un environnement soutenant où les femmes peuvent développer un sentiment de sécurité. Roussillon (1998) a également formulé quelques recommandations à l'intention des infirmières pratiquant en périnatalité. Cette autrice souligne l'importance que les infirmières offrent un espace sécuritaire où les femmes pourront dévoiler leur vécu et nommer leurs émotions relatives à celui-ci. Dans une optique d'augmenter le sentiment

de contrôle et de pouvoir, elle recommande également que les infirmières discutent avec les femmes, tôt dans le processus de la grossesse, des répercussions possibles de leur vécu afin de les rendre plus sensibles et conscientes des signaux corporels leur indiquant leur bien-être. Ces recommandations ciblent davantage les professionnels qui pratiquent des accouchements mais, à la lumière des éléments présentés dans les précédentes sections, il semble pertinent d'élargir celles-ci à l'ensemble des professionnels qui accompagnent les femmes durant la période prénatale. Il apparaît tout de même important que davantage de recommandations soient formulées en ce qui a trait aux bonnes pratiques à mettre en place lors de la grossesse. À cet effet, les études citées précédemment se sont davantage penchées sur les pratiques à proscrire et moins sur les pratiques perçues comme positives par les femmes au moment de la grossesse. Plusieurs études se sont exclusivement penchées sur le vécu d'ACS à l'enfance, alors qu'il est reconnu qu'un tel vécu à l'âge adulte peut provoquer son lot de répercussions. De plus, aucune donnée n'a été recueillie en ce qui a trait aux soins périnataux au Québec. Bien que les recommandations formulées jusqu'à présent soient générales, il semble important que celles-ci puissent être ajustées aux pratiques et réalités rencontrées par les femmes enceintes dans le système de santé québécois.

En somme, les femmes ayant vécu une ACS au cours de leur vie présentent davantage de complications lors de la grossesse, tant sur le plan physique que psychologique, que les femmes sans antécédent d'ACS. Afin de se protéger de leur détresse psychologique, ces femmes peuvent utiliser, plus ou moins consciemment, diverses stratégies, certaines

d'entre elles pouvant s'avérer coûteuses pour la femme ainsi que pour l'enfant à naître. Les comportements et attitudes déployés par les professionnels peuvent également augmenter la détresse vécue et ainsi moduler les perceptions et l'appréciation que les femmes entretiennent des soins périnataux leur étant prodigués.

Objectifs et hypothèses

À la lumière de ces éléments, il semble impératif que la recherche se penche davantage sur l'expérience des soins obstétricaux, durant la grossesse, des femmes ayant été agressées sexuellement. Considérant qu'environ une femme sur quatre a vécu une ACS au cours de sa vie (Tourigny et al., 2008), il est primordial que les soins périnataux soient adaptés en regard des difficultés rencontrées par ces femmes. Bon nombre d'études se sont intéressées aux répercussions des ACS de façon globale sur le déroulement des soins périnataux, mais elles demeurent éparses quant à la manière spécifique par laquelle le professionnel peut soutenir le bien-être psychologique ou, au contraire, favoriser la détresse chez les femmes enceintes.

Le premier objectif de la présente étude est de déterminer s'il existe une différence significative entre le nombre de femmes qui ont vécu une ACS et le nombre de femmes qui n'en ont pas vécu, sur les pratiques et les attitudes rapportées qui ont favorisé ou nui à leur bien-être psychologique de la part du professionnel de la santé ayant réalisé leur suivi de grossesse. Il est attendu que (1) les femmes ayant vécu une ACS seront moins nombreuses à rapporter des comportements ayant favorisé leur bien-être par ces

professionnels, lors de la grossesse, que les femmes n'ayant pas ce type de vécu; et que (2) les femmes qui ont vécu une ACS seront plus nombreuses à rapporter des comportements ayant diminué leur bien-être, lors de la grossesse, de la part de ces professionnels que les femmes n'ayant pas ce type de vécu.

Un second objectif vise à identifier les pratiques et attitudes des professionnels de la santé que les femmes ayant vécu une ACS perçoivent comme étant les plus favorables et celles comme étant les moins favorables pour leur bien-être durant la grossesse.

Méthode

Dans les prochaines sections, les procédures utilisées pour la présente étude ainsi que les informations concernant les participantes seront présentées. Les instruments de mesure utilisés seront détaillés, de même que les stratégies d'analyses employées.

Participantes et procédure

La présente étude s'inscrit dans un projet de recherche plus large visant à décrire les difficultés rencontrées, les besoins spécifiques perçus et les pratiques professionnelles souhaitées, lors de la période périnatale, par les femmes ayant été exposées à une ACS au cours de leur vie. À cet effet, autant des mères rapportant un vécu d'ACS (groupe ACS) que des mères n'en rapportant pas (groupe contrôle) ont été recrutées. Afin d'obtenir une taille d'échantillon appréciable, tant les ACS vécues durant l'enfance qu'à l'âge adulte étaient retenues. Cent quatre-vingt-dix femmes ont participé à la présente étude et, parmi celles-ci, huit ont dû être retirées de l'échantillon puisqu'elles n'avaient pas répondu aux questions concernant un possible vécu d'ACS. Pour la présente étude, les données de 35 autres participantes n'ont pu être incluses pour les analyses puisqu'elles n'ont pas répondu à l'ensemble des instruments de mesure utilisés pour répondre aux objectifs de l'étude. L'échantillon final est donc composé de 147 femmes (âge moyen = 30,60, É-T = 4,25).

Le recrutement des participantes s'est fait avec la contribution de partenaires du milieu communautaire, soit le Centre de pédiatrie sociale de Gatineau, le réseau des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Trois-Rivières (CALACS-TR), ainsi que des organismes impliqués auprès des mères (maisons de naissance, maisons de la famille, autres Centres de pédiatrie sociale) en diffusant l'affiche de notre étude (voir Appendice A) au sein de leur établissement. L'affiche de recrutement a également été partagée via la page Facebook de plusieurs de ces organismes, ainsi que sur celle de groupes portant sur la maternité. L'approbation du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a été obtenue pour l'ensemble de ces démarches (numéro de certificat : CER-19-259-07.33).

Les mères ont rempli différents questionnaires via la Banque interactive de questions (BIQ) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Afin d'être incluses comme participantes à l'étude, leur dernier accouchement devait avoir eu lieu il y a moins de 24 mois. Comme certaines femmes avaient vécu plus d'une grossesse, la consigne de répondre aux instruments en se référant à leur dernière grossesse leur a été transmise. L'accouchement devait également avoir eu lieu depuis au moins un mois. Ce dernier critère permettait d'éviter l'*effet de halo*, soit d'être sous l'effet de l'euphorie liée à l'accouchement, afin de ne pas altérer les données rapportées par les mères (Guittier, 2018). Ce type d'euphorie peut rendre les mères enclines à minimiser les difficultés qu'elles ont vécues durant la grossesse et l'accouchement. Il n'y avait aucun autre critère d'exclusion pour cette étude.

Instruments de mesure

Les participantes devaient répondre à différents questionnaires évaluant la présence d'antécédents d'ACS ainsi que leur perception face aux pratiques des professionnels. En plus de ces instruments, un *Questionnaire sociodémographique* a été proposé aux participantes. Avant toute chose, ces dernières devaient lire et signer le formulaire de consentement à la recherche (voir Appendice B).

Questionnaire sociodémographique

Un *Questionnaire sociodémographique* élaboré par l'équipe de recherche a été utilisé afin de recueillir des informations générales sur les participantes (voir Appendice C). Ce questionnaire comportait 14 questions portant notamment sur l'âge et le sexe de leur dernier enfant, leur niveau de scolarité, leur revenu familial et la suffisance de ce dernier pour répondre à leurs besoins de base.

Questionnaire sur des expériences sexuelles sans consentement

La présence d'antécédents d'ACS a été évaluée à partir d'un questionnaire maison (Lemieux, Drouin-Maziade, & Berthelot, 2019) de 17 questions portant sur les expériences sexuelles (voir Appendice D). L'élaboration de cet instrument a été effectuée en concertation avec le CALACS de Trois-Rivières et permettait autant de capter la perception des répondantes d'avoir vécu une ACS que des gestes concrets reconnus par la loi comme étant une ACS, même si ceux-ci n'ont pas été perçus comme telle. Certains énoncés ont été formulés à partir d'items présents dans le *Childhood Trauma*

Questionnaire (CTQ; Pennebaker & Susman, 1988), un instrument largement utilisé pour mesurer les traumatismes interpersonnels vécus durant l'enfance. Les énoncés proposés pour la présente étude ont été définis en fonction de ce qui est considéré comme une ACS au sens de la loi, soit tout acte sexuel non consentant, avec ou sans contact physique. Cela incluait donc les attouchements et activités sexuelles, le partage d'images ou de vidéos et l'obligation de regarder des activités sexuelles. Les participantes devaient indiquer si oui ou non elles avaient vécu ce type d'ACS avant et/ou après l'âge de 18 ans (p. ex., « quelqu'un m'a forcée à regarder de la nudité ou des activités sexuelles »). Deux énoncés évaluant le point de vue subjectif des participantes étaient aussi présentés afin qu'elles puissent indiquer si elles considéraient qu'une personne les avait agressées sexuellement avant et/ou après l'âge de 18 ans. Deux questions permettaient d'évaluer l'occurrence d'un acte sexuel consentant avant l'âge de 14 ans et entre 14 et 16 ans, en regard à la loi portant sur le consentement aux activités sexuelles présentée précédemment. Chacun de ces items permettait d'obtenir des scores dichotomiques. Les groupes de recherche ont été déterminés à partir des réponses à ce questionnaire et le questionnaire a été exclusivement utilisé à cette fin pour la présente étude. Ainsi, une seule réponse positive (oui) à l'un des items permettait de classer la participante dans le groupe de femmes ayant vécu une ACS, et ce, même si elle ne considérait pas avoir été agressée sexuellement. Cette façon de faire est justifiée par le fait que certaines femmes n'identifient pas leur vécu comme étant une agression sexuelle, bien qu'objectivement les actes vécus puissent être identifiés comme tels (Littleton et al., 2007).

Questionnaire sur les perceptions, les besoins et les attentes envers les professionnels de la santé

La perception de pratiques et d'attitudes des professionnels de la santé ayant favorisé ou nui au bien-être psychologique des mères dans le cadre des services et soins reçus a été évaluée à partir d'un outil maison (Lemieux, Drouin-Maziade, Martel et al., 2019) de 21 questions portant sur les perceptions, les besoins et les attentes des mères envers les professionnels de la santé (voir Appendice E). Il s'agit d'un questionnaire contenant des questions fermées et des questions ouvertes permettant de recueillir des données quantitatives et qualitatives. Pour chacune des étapes de la période périnatale (grossesse, accouchement et postpartum), les femmes devaient indiquer si elles avaient rencontré le professionnel ciblé, soit un médecin ou une sage-femme, un infirmier ou une infirmière, ou un technicien ou une technicienne ou radiologiste ayant réalisé une échographie. Elles devaient ensuite indiquer par oui ou par non, pour chaque phase de la période périnatale, si ce professionnel avait fait quelque chose ayant spécialement contribué à favoriser ou à améliorer leur bien-être psychologique. Il pouvait s'agir de paroles, gestes, attitudes ou de quelque ce soit d'autre. Elles devaient ensuite indiquer si ce professionnel avait fait quelque chose ayant spécialement contribué à diminuer leur bien-être psychologique. Ces questions n'étaient pas mutuellement exclusives, permettant aux participantes de rapporter des éléments tant positifs que négatifs. Des scores dichotomiques ont été obtenus, soit la présence ou l'absence de comportement perçu comme ayant favorisé le bien-être et la présence ou l'absence de comportement perçu comme ayant diminué le bien-être. Ces scores servaient aux analyses du volet quantitatif. Lorsque les mères répondaient « oui » à l'une de ces questions, elles étaient invitées à décrire de quelle façon

cela était arrivé, soit en donnant des informations sur les paroles, les gestes, les attitudes ou autres comportements que le professionnel avait faits. Ces informations servaient au volet qualitatif de la présente étude. L'utilisation d'un questionnaire maison permettait de couvrir toutes les périodes ciblées et de répondre au devis mixte du présent essai par l'utilisation d'un seul outil. Considérant le nombre moins élevé d'études portant sur la grossesse, nous avons décidé de ne cibler que cette période pour la présente étude. Comme les médecins et sages-femmes sont les professionnels les plus souvent appelés à intervenir auprès des femmes lors de cette période, seulement les informations les concernant ont été retenues.

Stratégies d'analyses

Afin de répondre aux deux objectifs du présent essai, différentes stratégies d'analyses ont dû être utilisées. Les prochaines sections présentent les stratégies d'analyses quantitatives suivies des stratégies d'analyses qualitatives.

Stratégies d'analyses des données quantitatives

Pour la présente étude, un devis mixte concomitant à prépondérance qualitative descriptive a été utilisé. D'abord, des analyses comparatives ont été réalisées pour décrire l'échantillon recruté, soit des analyses de Khi-carré et des analyses de variance (ANOVA) afin de comparer les groupes entre eux. Pour examiner le premier objectif de l'étude, soit de déterminer s'il existe des différences significatives entre le nombre de femmes qui ont vécu une ACS et celles n'ayant pas ce type de vécu quant à la perception que le médecin

ou la sage-femme a favorisé leur bien-être versus leur détresse psychologique au moment de la grossesse, la variable indépendante est le vécu d'une ACS. Les niveaux de cette variable sont dichotomiques, soit « absence » ou « présence » d'un tel vécu, et ce, pour la période avant 18 ans ainsi que pour la période après 18 ans. Tel que spécifié auparavant, deux groupes ont été formés parmi les femmes de l'échantillon, soit un groupe « contrôle », constitué des femmes n'ayant pas vécu une ACS au cours de leur vie, ainsi que le groupe « ACS », constitué des femmes ayant vécu au moins une ACS au cours de leur vie. Une première variable dépendante est la perception de comportements ayant favorisé le bien-être psychologique des mères chez les professionnels de la santé dans le cadre des services et soins offerts. Une seconde variable dépendante est la perception de comportements ayant nuï au bien-être psychologique des mères. Les niveaux de ces deux variables sont dichotomiques, soit « absence » ou « présence » d'un comportement ayant favorisé, ainsi que « absence » ou « présence » d'un comportement ayant nuï au bien-être psychologique. Une même participante pouvait rapporter à la fois un comportement ayant favorisé ainsi qu'un comportement ayant nuï à son bien-être. Pour vérifier si l'occurrence des variables indépendantes était aléatoire en fonction du groupe, deux analyses de khi-carrés d'indépendance ont été réalisées pour répondre au premier objectif.

Stratégies d'analyses des données qualitatives

Pour le second objectif, une analyse de contenu qualitative a été menée afin d'identifier les catégories et sous-catégories décrivant les pratiques et attitudes adoptées par les professionnels de la santé perçues par les femmes enceintes, ayant vécu une ACS,

comme ayant soutenu leur bien-être ou nuisant à celui-ci dans le cadre des services et soins reçus.

Afin de permettre l'analyse des réponses des participantes, celles-ci ont d'abord été retranscrites de façon verbatim avec le logiciel Microsoft Excel. Dans un premier temps, une lecture flottante du matériel a été réalisée par l'étudiante qui est responsable de l'étude et sa principale directrice d'essai afin de se familiariser avec ce dernier. Cela a également permis de réfléchir aux premières orientations catégorielles à donner à la structure de codage. De façon conjointe, les deux analystes ont segmenté les réponses afin de diviser les réponses des participantes en différents passages (ou unités de sens) à coder. Cette segmentation s'est faite sur la base des orientations catégorielles réfléchies précédemment, puisqu'il n'y avait pas de structure inhérente aux réponses obtenues (c.-à-d., la structure des réponses variait grandement d'une participante à l'autre). La segmentation a pu être révisée lors du premier codage pour s'assurer qu'elle permette un codage focalisé sur la question de recherche, que l'ensemble du matériel à coder soit pris en compte et qu'il soit possible de comparer le codage des deux personnes qui en étaient responsables afin de pouvoir évaluer la fiabilité du codage (Schreier, 2012).

La structure de codage a été établie dans un second temps à partir des étapes proposées par Schreier (2012). Cette structure a pour fonction d'ordonner le matériel selon différentes catégories (dimensions) et sous-catégories (sous-dimensions) servant à faire ressortir le sens des réponses obtenues. Pour la présente étude, la structure de codage a été

réfléchi par les analystes en regard des éléments de réponse disponibles et non à partir d'a priori théoriques. La structure a donc émergé directement du matériel (aussi nommé « *data driven way* »). Cette structure doit aussi respecter quatre conditions. La première est l'unidimensionnalité, qui réfère au fait qu'une dimension doit refléter un seul aspect du matériel étudié. La seconde condition est l'exclusivité mutuelle, soit que les sous-catégories d'une même dimension doivent capter un seul élément de cette même dimension. Il est ainsi possible qu'un segment puisse être codé dans deux catégories différentes, toutefois, il doit n'être attribué qu'à une seule sous-catégorie d'une même dimension. La troisième condition est l'exhaustivité, soit que tous les segments doivent se retrouver dans au moins une catégorie. Autrement dit, tous les segments se doivent d'être cotés. S'il advenait qu'un segment ne puisse l'être en regard de la structure de codage adoptée, cela signifierait que cette structure de codage n'incarne pas de façon juste le cursus de données. Elle devrait donc être révisée. La dernière condition est la saturation, soit que chaque catégorie et sous-catégorie doit avoir au moins une unité de codage (fréquence égale ou supérieure à un).

Afin d'assurer que les analystes comprennent chacune des sous-dimensions de façon similaire, quatre éléments d'informations ont été déterminés pour chaque sous-catégorie : le nom de la sous-catégorie, une description de ce qui est entendu par ce nom, des exemples illustrant le type de réponse qui pourrait y être attribué ainsi qu'une règle pouvant soutenir la prise de décision, si nécessaire. Il est à noter que pour chacune de ces étapes, un journal de bord a été tenu afin de garder une trace des réflexions ayant soutenu

la démarche de la présente étude. Les catégories et sous-catégories identifiées sont présentées dans la section Résultats.

Dans un troisième temps, un premier codage a été effectué de façon indépendante par les deux analystes. Le matériel du corpus de données portant sur ce qui a favorisé le bien-être des participantes a d'abord été codé. Tous les éléments propres à la structure de codage ont été déterminés par les analystes et certains segments et sous-catégories ont été modifiés à la suite de ce premier codage afin de mieux représenter le matériel et d'assurer la validité de ce dernier. Ces codages ont été comparés afin d'obtenir un pourcentage d'accord puis discutés afin de convenir du codage final, tel que proposé par Schreier (2012). Le pourcentage d'accord était de 0,85 %, soit un fort accord, tant pour la question des pratiques et attitudes favorables que pour les pratiques et attitudes défavorables pour le bien-être psychologique.

Résultats

La distribution de l'échantillon est décrite selon les deux groupes choisis, soit contrôle ($n = 87$) et ACS ($n = 60$), ainsi qu'en fonction des variables descriptives, soit le niveau d'études complété, le revenu familial annuel, la suffisance du revenu, l'âge des participantes ainsi que l'âge de leur dernier enfant. Le Tableau 1 présente les statistiques pour ces deux groupes ainsi que les comparaisons de moyennes entre ceux-ci. Une différence significative a été trouvée entre les deux groupes à l'étude pour le niveau d'études complété, soit que le groupe « ACS » a un niveau de scolarité significativement plus bas que le groupe « contrôle », ainsi que pour la suffisance des revenus, soit que le groupe « contrôle » identifie une suffisance de revenus significativement plus élevée que le groupe « ACS ».

Premier objectif de l'étude

Pour répondre au premier objectif de cette étude, un test de Khi-carré d'indépendance a été conduit pour évaluer s'il existait une différence dans le nombre de femmes qui ont rapporté des comportements ayant favorisé leur bien-être au moment de la grossesse, par les médecins ou sages-femmes, selon qu'elles aient vécu ou non une ACS au cours de leur vie.

Tableau 1*Statistiques descriptives des groupes contrôle et ACS*

Variable	Valeur	Groupe 1 Contrôle (n = 87) n (%)	Groupe 2 ACS (n = 60) n (%)	Différence entre les groupes
Niveau d'étude complété	Primaire	1 (1,1)	1 (1,7)	$\chi^2(6) = 14,03,$ $p = 0,03$
	Secondaire	1 (1,1)	9 (15,0)	
	Cours professionnel	10 (11,5)	8 (13,3)	
	Cégep	25 (28,7)	8 (13,3)	
	Baccalauréat	31 (35,6)	20 (33,3)	
	Maitrise	15 (17,2)	11 (18,3)	
	Doctorat	4 (4,6)	3 (5,0)	
Revenu familial annuel	< 15 000 \$	0	1 (1,7)	$\chi^2(9) = 14,37,$ $p = 0,11$
	15 000 – 24 999 \$	1 (1,1)	1 (1,7)	
	25 000 – 34 999 \$	3 (3,4)	4 (6,7)	
	35 000 – 44 999 \$	1 (1,1)	7 (11,7)	
	45 000 – 54 999 \$	3 (3,4)	5 (8,3)	
	55 000 – 64 999 \$	8 (9,2)	6 (10,0)	
	65 000 – 74 999 \$	6 (6,9)	4 (6,7)	
	75 000 – 84 999 \$	8 (9,2)	6 (10,0)	
	85 000 – 94 999 \$	15 (17,2)	8 (13,3)	
≥ 95 000 \$	42 (48,3)	18 (30,0)		
Suffisance des revenus	Très suffisants	35 (40,2)	10 (16,7)	$\chi^2(3) = 10,50,$ $p = 0,02$
	Suffisants	45 (51,7)	41 (68,3)	
	Insuffisants	5 (5,7)	8 (13,3)	
	Très insuffisants	2 (2,3)	1 (1,7)	
Âge des participants [Mannées (ÉT)]		30,68 (3,75)	30,48 (4,92)	$F(20, 146) = 1,10,$ $p = 0,36$
Âge du dernier enfant en mois [Mannées (ÉT)]		11,15 (7,37)	11,12 (7,32)	$F(29, 146) = 1,13,$ $p = 0,32$

Le Tableau 2 présente le nombre de femmes de chaque groupe ayant rapporté avoir vécu un comportement perçu comme augmentant ou diminuant leur bien-être psychologique. Le résultat du test de Khi-carré montre qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les groupes, $X^2(1, N = 147) = 2,66, p = 0,10$. Un second test de Khi-carré d'indépendance a été conduit pour évaluer s'il existait une différence dans le nombre de femmes qui ont rapporté des comportements ayant diminué leur bien-être au moment de la grossesse par les médecins ou sages-femmes selon le fait que ces femmes aient vécu ou non une ACS au cours de leur vie. Le résultat de ce test montre qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les groupes, $X^2(1, N = 140) = 2,85, p = 0,09$.

Deuxième objectif de l'étude

Pour répondre au second objectif de cette étude, une analyse de contenu a été menée afin d'identifier les comportements ou attitudes des professionnels de la santé ayant favorisé et ceux ayant diminué le bien-être lors de la grossesse, chez les femmes exposées à des ACS. Ce ne sont pas toutes les femmes de l'échantillon qui ont fourni une réponse aux questions proposées sur le sujet. Ainsi, sur les 39 femmes ayant rapporté des pratiques et attitudes, 32 d'entre elles ont donné une réponse détaillant ce qui avait augmenté leur bien-être et 13 ont donné une réponse détaillant ce qui avait diminué leur bien-être. Les réponses d'une des participantes détaillant ce qui avait augmenté son bien-être ainsi que celles d'une autre participante en lien avec ce qui avait diminué le sien n'ont pu être codées puisqu'elles ne permettaient pas de répondre à la question de recherche ou parce qu'elles

n'offraient pas assez d'éléments pour en comprendre le sens, par exemple « les soins » (P31).

Tableau 2

Nombre de femmes, pour chaque groupe, ayant rapporté avoir vécu un comportement ayant augmenté ou diminué leur bien-être psychologique

	Groupe contrôle (n = 87)	Groupe ACS (n = 60)
Comportements ayant augmenté		
Oui	58	32
Non	29	28
Comportements ayant diminué		
Oui	13	13
Non	69	47

La structure des réponses des participantes est apparue comme étant similaire qu'il s'agisse des comportements ou attitudes des professionnels ayant favorisé ou de ceux ayant diminué le bien-être psychologique des femmes enceintes. Les thèmes associés ont été regroupés en fonction de trois catégories. La première catégorie concerne les actions concrètes posées envers la participante lors de son suivi de grossesse. Elle réfère aux gestes posés par le professionnel. Pour être inclus dans cette catégorie, un observateur externe aurait dû être en mesure de nommer l'action menée. La seconde catégorie regroupe des réponses des participantes qui concernent les manières de procéder auprès d'elle, c'est-à-dire la façon de faire les choses. Les éléments présents dans cette catégorie

font davantage référence à des caractéristiques du savoir-être. La troisième catégorie inclut les réponses faisant référence aux répercussions de l'action ou de l'attitude, soit la façon dont la participante s'est sentie en regard des services reçus ou de l'attitude du professionnel. Les sous-catégories représentant les comportements ou attitudes ayant favorisé le bien-être psychologique se distinguent toutefois de celles représentant les comportements ou attitudes ayant diminué le bien-être psychologique. Les sous-catégories ainsi que leur définition sont présentées dans les sous-sections suivantes. Les fréquences de chacune des sous-catégories sont également rapportées afin de mettre en évidence celles étant les plus représentées dans les réponses des répondantes, tel que le suggère Schreier (2012).

Comportements ou attitudes ayant favorisé le bien-être psychologique

Chacune des trois catégories créées comporte des sous-catégories qui sont présentées ci-après. Le Tableau 3 regroupe les fréquences des réponses données par les participantes pour chacune de ces sous-catégories. Il est à noter qu'une même participante pouvait donner plus d'une réponse à une même sous-catégorie. Néanmoins, ces réponses ont été comptabilisées comme une seule réponse en termes de fréquence.

Actions concrètes

En ce qui a trait à la première catégorie, 11 sous-catégories sont ressorties du processus de cotation afin de répertorier les réponses des participantes concernant des gestes posés par les professionnels rencontrés.

Tableau 3

Fréquences des réponses pour les sous-catégories des pratiques et attitudes ayant favorisé le bien-être

Catégories	Sous-catégories	Fréquences
Actions concrètes	Laisser un espace pour se raconter	13
	Laisser un espace pour les échanges	10
	Valider	1
	Recadrer	3
	Donner des choix face aux soins	4
	Demander le consentement avant d'agir	3
	Offrir du soutien	7
	Conseiller	2
	Offrir du temps	3
	Rediriger lorsque nécessaire	4
	Prescrire des aménagements en lien avec le travail	2
	Manières de procéder	Compréhension
Transparence		2
Accessibilité sur le plan relationnel		4
Posture professionnelle		2
Calme et assurance		5
Pudicité		2
Protection		3
Constance		9
Répercussions de l'action ou de l'attitude	Inclusion	3
	Diminution du stress	2
	Réassurance	10
	Se sentir validée et comprise	2

Laisser un espace pour se raconter. Les réponses se rapportant à cette sous-catégorie concernent le professionnel qui écoutait le récit de la femme, par rapport à son vécu actuel ou à son passé. Il la laissait parler ou lui laissait un espace pour se confier. Par exemple, une participante (P20) a rapporté qu'on lui a demandé comment elle allait, et ce, tant physiquement que psychologiquement.

Laisser un espace pour les échanges. Le professionnel prenait le temps de discuter avec la femme enceinte. Il pouvait répondre à ses questions, lui communiquer de l'information ou aborder des préoccupations que la femme pouvait vivre. Une participante (P09) a rapporté que sa gynécologue « *prenait le temps de nous parler, répondre à toutes nos questions, même les plus farfelues pour la grossesse de mon fils* ». Afin qu'une action soit incluse dans cette sous-catégorie, le professionnel devait explicitement jouer un rôle actif dans la discussion. De plus, les propos partagés entre la femme et le professionnel devaient porter exclusivement sur la grossesse et les soins ou services associés.

Valider. Cette sous-catégorie fait référence à l'action de légitimer les réactions, les sentiments ou le vécu de la femme enceinte. Une participante (P01) a révélé avoir apprécié que le professionnel de la santé valide ses sentiments.

Recadrer. Le professionnel permettait à la femme de voir ce qu'elle vivait en lien avec sa grossesse autrement, sous un autre angle. En d'autres mots, cela pouvait permettre à la femme d'être recentrée quant à la façon de voir ou de comprendre sa situation, de

sorte que cela pouvait diminuer les craintes associées. Cette pratique pouvait inclure l'action de dédramatiser une situation anxiogène. Par exemple, une participante (P03) a nommé que sa gynécologue avait « *recadré en ce qui concernait mon image corporelle et les commentaires négatifs que les autres pouvaient avoir du type "tu es grosse" durant ma grossesse* ».

Donner des choix face aux soins. Certaines réponses font ressortir des interventions durant lesquelles le professionnel n'obligeait pas la femme enceinte à quelconque action, il entendait les souhaits et lui donnait la possibilité de refuser certaines interventions. Une participante (P03) a mentionné que « *[...] ne faisant pas d'accouchement, [ma gynécologue] a accepté de me transférer à une collègue femme lorsque normalement c'est un homme qui prend en charge ses patientes durant les dernières semaines avant l'accouchement* ». Cette sous-catégorie exclut toutefois les réponses faisant appel à une demande de consentement face à une intervention.

Demander le consentement avant d'agir. Cette action réfère explicitement au consentement, à la demande de permission pour procéder à une intervention. Par exemple, une participante (P14) a rapporté que sa sage-femme ne faisait « *[aucun examen génital ou toucher ou contacts inutiles ou] sans demander ma permission, même pour la prise de poids, pression ou température* ».

Offrir du soutien. Le professionnel soutenait la participante ou lui offrait de l'aide face aux difficultés qu'elle rencontrait, qu'elles soient liées à la grossesse ou non. Il pouvait s'agir de soutenir la femme dans ses enjeux de santé mentale, tel que souligné par une des participantes (P26) par la « *mise en place d'un filet de sécurité vu mon trouble anxieux* ».

Conseiller. Cette sous-catégorie fait référence au fait que le professionnel faisait des recommandations à la femme, lui indiquait ce qu'elle pouvait faire, lui donnait son avis sur une situation ou lui suggérait des alternatives. Dans la présente étude, ces recommandations prenaient la forme de conseils qui pouvaient être offerts tout au long de la grossesse, tels que nommés par une participante (P06), et qui concernaient différents éléments rencontrés au cours de cette période.

Offrir du temps. Le professionnel offrait concrètement plus de temps, soit en donnant de nouvelles disponibilités ou en faisant quelque chose de plus que ce qui était initialement prévu durant le suivi de grossesse. Par exemple, une participante (P21) a mentionné : « *suivi plus serré. Me rappeler pour m'informer des résultats de prises de sang* ». Cette sous-catégorie se distingue des précédentes par le fait que de « laisser un espace » fait référence à ce qui se déroule pendant la rencontre, en comparaison à « offrir du temps » qui répertorie les réponses évoquant un ajout temporel.

Rediriger lorsque nécessaire. En cas de besoin, le professionnel référerait vers des ressources, des spécialistes ou des lectures. Il pouvait s'agir de situation où les difficultés rencontrées ne pouvaient être prises en charge par le professionnel en question. Par exemple, une participante (P19) a fait mention d'un professionnel qui l'avait référée vers une travailleuse sociale.

Prescrire des aménagements en lien avec l'emploi. Les réponses de cette sous-catégorie concernent les pratiques des professionnels visant à soutenir la femme en lien avec ses capacités à travailler en émettant une prescription en ce sens. Par exemple, recommander un arrêt de travail ou adapter les conditions de travail aux capacités de la femme. Une participante (P26) a écrit que le professionnel a « *diminué mes semaines de travail à 4 jours afin que je puisse me reposer.* »

Manières de procéder

Pour la seconde catégorie, neuf sous-catégories ont pu être distinguées en lien avec la façon dont le professionnel interagit avec la participante.

Compréhension. Les réponses répertoriées dans cette sous-catégorie font référence aux moments où la femme a perçu que le professionnel faisait preuve d'acceptation et de sensibilité face à elle et à sa situation. Cela pouvait inclure d'intervenir auprès d'elle sans émettre de jugement, en démontrant de l'empathie, en étant accueillant ou en montrant de l'ouverture face à son vécu concernant la grossesse. La réponse d'une participante (P03)

ayant nommé que sa gynécologue était « *compréhensive en ce qui concerne la difficulté des examens gynécologiques pour moi* » peut bien illustrer cette sous-catégorie.

Transparence. Le professionnel se montrait honnête face à la situation présente, tel qu'en étant transparent sur les actions à poser, ou celles à venir, soit en étant prévisible sur ce qui allait suivre, par exemple en termes de soins. Il était transparent dans les actions à poser. Une participante (P15) a également indiqué que la professionnelle rencontrée était « *franche et réaliste* ».

Accessibilité sur le plan relationnel. Certaines réponses obtenues font ressortir des interventions, lors des rencontres de suivi de grossesse, durant lesquelles le professionnel se montrait chaleureux dans la relation avec la femme enceinte. Cette sous-catégorie exclut le fait d'être accessible physiquement ou de se montrer disponible. Elle fait davantage référence au fait qu'un professionnel ait été familier ou sympathique. Par exemple, une participante (P12) a dit de sa médecin qu'« *elle était très amicale [...] et employait un langage très familier* ».

Posture professionnelle. La posture professionnelle fait référence au fait que le professionnel est perçu comme un expert par la femme et qu'il semblait compétent lors du suivi de grossesse. Ce dernier pouvait offrir des réponses documentées. Une participante (P07) a dit de sa gynécologue qu'elle était « *une personne rationnelle, professionnelle et compétente* ».

Calme et assurance. Le professionnel se montrait confiant et détendu. Cela pouvait également faire référence au fait d'être positif ou enthousiaste. Par exemple, une participante a nommé que sa médecin « *était aussi très détendue et adoptait une attitude très décontractée par rapport à l'accouchement et à la grossesse* ».

Pudicité. Le professionnel agissait avec pudeur ou respectait la pudeur de la femme. Par exemple, une participante (P22) a nommé qu'il n'y avait pas de « *nudité inutile* ». Une seconde participante (P14) a aussi évoqué le fait que sa sage-femme était « *[...] très respectueuse de mon intimité et de mon pouvoir de décision face à mon corps et à ma grossesse. Aucun examen génital ou toucher ou contact inutiles* ».

Protection. Les réponses se rapportant à cette sous-catégorie concernent les moments où le professionnel se faisait le gardien du bien-être de la femme. Par exemple, il pouvait rappeler les droits de la participante face à certains choix qu'elle devait faire ou adoptait une attitude bienveillante, tel que nommé par une participante en référence au fait que sa sage-femme « *insistait souvent sur le fait que j'avais le choix* ». Le fait de « *[mettre en place] un filet de sécurité vu mon trouble anxieux* » tel que nommé par une participante (P26) représente bien la notion de protection telle que réfléchi pour la présente étude.

Constance. Cette façon de procéder réfère au fait que le professionnel se montrait stable et prévisible dans les soins offerts et dans son attitude. Les réponses faisant référence à des marqueurs de temps, comme « toujours », permettaient de juger de la

constance du professionnel. Une participante (P06) a nommé que la professionnelle rencontrée l'avait « *conseillée tout au long de ma grossesse* ».

Inclusion. Le professionnel s'intéressait à l'entourage de la participante lors du suivi et l'impliquait dans ce dernier. Par exemple, une participante (P20) a nommé que sa sage-femme « *a aussi demandé à rencontrer mon mari avant l'accouchement, vérifier comment il se sentait par rapport à l'accouchement et le post-accouchement, etc.* ».

Répercussions de l'action ou de l'attitude

En ce qui concerne la troisième catégorie, trois sous-catégories ont émergé afin de mieux définir la conséquence de l'action posée par le professionnel, ou son attitude, ou le sentiment généré par ces dernières.

Diminution du stress. Les réponses faisant référence à cette catégorie impliquent que les participantes ont apprécié que par son attitude ou ses interventions, le professionnel leur ait permis de se sentir moins exposées au stress. Il pouvait par exemple s'agir d'éviter de faire vivre du stress en lien avec les examens gynécologiques en référant à une collègue féminine au lieu du collègue masculin habituel (P03).

Réassurance. Par la mise en place d'une action particulière ou par l'attitude du professionnel, la femme se sentait sécurisée et en confiance. Une participante (P21) a

nommé que le professionnel rencontré était « *rassurant face aux problèmes pendant la grossesse* ».

Se sentir validée et comprise. La femme pouvait se sentir entendue et légitimée en lien avec l'action posée. L'extrait suivant est un bon exemple de ce qui est attendu pour cette sous-catégorie :

« Mon médecin m'a crue quand je lui ai expliqué que je vivais une détresse intense depuis le début de ma grossesse et que je croyais que le mieux était de me mettre en arrêt de travail pour que je puisse me reposer et accepter le fait que j'allais devenir mère. »
(P25)

Comportements ou attitudes ayant diminué le bien-être psychologique

Comme indiqué précédemment, la structure des réponses est ressortie comme similaire. Les noms des catégories sont donc les mêmes. Chacune de ces catégories regroupe toutefois des sous-catégories distinctes qui sont présentées ci-après. Le Tableau 4 montre les fréquences pour chacune de ces sous-catégories.

Tableau 4

Fréquences des réponses pour les sous-catégories des pratiques et attitudes ayant diminué le bien-être

Noms des catégories	Noms des sous-catégories	Fréquences
Actions concrètes	Commenter des sujets sensibles	3
	Insister sur les restrictions liées à la grossesse	2
	Esquiver la détresse psychologique	4
	Offrir un espace d'échange limité	3
	Ne pas aider pour réduire la douleur physique	1
	Ingérence d'un nouveau professionnel	2
Manières de procéder	Posture autoritaire	2
	Manque de sensibilité dans l'annonce de mauvaises nouvelles	3
	Manque de sensibilité dans l'annonce de risques associés à la grossesse	1
	Pathologiser les réactions des femmes	1
Répercussions de l'action ou de l'attitude	Sentiment d'être incomprise	3
	Sentiment d'être agressée	1
	Sentiment de danger	1
	Perte de confiance	2
	Se sentir confuse	1
	Se sentir jugée	1

Actions concrètes

Pour cette catégorie, six sous-catégories ont été créées afin de représenter les gestes posés par les professionnels qui ont diminué le bien-être des participantes lors de leur grossesse, selon les perceptions de ces dernières.

Commenter des sujets sensibles. Quelques réponses font ressortir des situations durant lesquelles le professionnel aurait formulé des commentaires péjoratifs, réducteurs ou blessants concernant des sujets sensibles, comme l'âge, le poids ou l'alimentation, tel que nommé par une des participantes (P36) : « *Me dire que je rends l'écoute du cœur difficile vu que je suis en embonpoint* ».

Insister sur les restrictions liées à la grossesse. Le professionnel se serait montré insistant quant aux restrictions suggérées ou aux risques liés à la grossesse. Par exemple, une participante (P01) a indiqué : « *imposer une vision restrictive de la grossesse (ne pas faire ci ou manger ça)* ». Cela pouvait également être en lien avec le plan de naissance.

Esquiver la détresse psychologique. Le professionnel ne semblait pas prendre en compte la détresse, les inquiétudes ou les troubles mentaux lors des rencontres, en n'accordant pas suffisamment d'attention aux préoccupations nommées par la femme enceinte. Une participante (P35) a nommé que la médecin impliquée dans son suivi de grossesse « *trouvait mes peurs futiles et les écartais aussitôt* ».

Offrir un espace d'échange limité. Cette sous-catégorie fait référence aux moments où le professionnel ne prenait pas le temps d'informer correctement la femme en lien avec ses questionnements ou inquiétudes, ou il ne le faisait pas à la hauteur de son besoin. Il pouvait soit ne pas répondre aux questions qui lui étaient posées, ne pas offrir d'information en lien avec les services qui seront dispensés ou ne pas expliquer un diagnostic émis. Par exemple, une participante (P38) a mentionné que « *les résidents de l'hôpital se contredisaient, me donnaient des informations confuses et trop sommaires* ».

Ne pas aider pour réduire la douleur physique. Le professionnel ne mettait pas en place les actions nécessaires pour aider la femme dans la réduction ou la gestion de la douleur physique, comme dans l'exemple de cette participante (P37) : « *Ses examens du col de l'utérus étaient terriblement douloureux et elle ne faisait rien pour diminuer la douleur* ».

Ingérence d'un nouveau professionnel. Au cours du suivi de grossesse, certaines participantes ont souligné qu'il pouvait arriver qu'un nouveau professionnel s'ingère dans les services et soins offerts sans prendre connaissance du suivi réalisé jusqu'à son implication. Une participante (P15) a nommé la présence d'une « *endocrinologue qui s'intègre dans le travail de ma sage-femme et de la nutritionniste et qui est très alarmiste et négative lors de notre première rencontre* ». L'enjeu principal de cette sous-catégorie repose sur l'idée que le professionnel responsable du suivi ait permis l'arrivée d'un second professionnel sans s'assurer que les interventions de ce dernier s'arriment bien avec celles

déjà en place, de sorte que cette arrivée au dossier ait été vécue comme intrusive par la femme recevant ces soins.

Manières de procéder

Pour cette seconde catégorie, quatre sous-catégories ont été formulées afin de représenter les attitudes ayant pu diminuer le bien-être psychologique des participantes au moment de la grossesse.

Posture autoritaire. Le professionnel aurait endossé un rôle paternaliste, infantilisant ou autoritaire dans la relation avec la femme enceinte. Cette relation n'était pas vécue comme égalitaire. Cette sous-catégorie était souvent observée de pair avec une sous-catégorie nommée précédemment, soit « insister sur les restrictions liées à la grossesse ». Il pouvait aussi s'agir de commentaires sur des aspects personnels de la femme, tel que souligné par une participante (P16) : « *Un médecin m'a fait des commentaires paternalistes sur mon âge* ».

Manque de sensibilité dans l'annonce de mauvaises nouvelles. Cette façon de procéder réfère aux situations où le professionnel donnait des résultats concernant la situation de grossesse de la femme, mais le faisait en donnant beaucoup de détails, sans prendre soin des répercussions qu'ils auraient sur la participante ou en ne tenant pas compte des deuils que cela pouvait impliquer. Par exemple, certains professionnels ont dû annoncer des résultats entraînant des changements au plan de naissance qui pouvaient faire

douter les femmes de leur capacité à donner naissance ou « *préciser que le risque de trisomie était de 1/60* » (P34).

Manque de sensibilité dans l'annonce de risques associés à la grossesse. Des informations étaient communiquées en lien avec des situations extrêmes pouvant survenir durant une grossesse, et ce, sans prendre en considération les répercussions que cela pouvait avoir sur la femme enceinte. Cette sous-catégorie se distingue de la précédente par le fait que ces risques étaient anticipés de façon préventive, mais ne se présentaient pas dans la situation spécifique de la participante. Par exemple, une participante (P04) a signalé qu'un professionnel lui a fait part des statistiques en lien avec les risques de mortinaissance après la 40^e semaine de grossesse alors qu'elle n'était pas arrivée au terme de sa grossesse.

Pathologiser les réactions des femmes. Le professionnel suggérait qu'une réaction de la femme lors du suivi n'était pas normale. Par exemple, une participante (P37) a mentionné que la professionnelle lui reprochait de ne pas bien gérer la douleur lors d'exams génitaux douloureux et qu'elle lui aurait dit : « *As-tu été violée? Tu ne dois pas être bien dans ton identité de femme, la sexualité ce n'est pas une chose mal* ».

Répercussions de l'action ou de l'attitude

Pour cette troisième catégorie, six sous-catégories ont été élaborées. Il est à noter que certaines d'entre elles représentent intégralement les propos des participantes.

Sentiment d'être incomprise. La femme ne se sentait pas légitimée dans ce qu'elle vivait ou ressentait, ou n'avait pas l'impression qu'on l'écoutait. Par exemple, « *Ne pas comprendre mon stress lié à une situation pour le fœtus* » (P01).

Sentiment d'être agressée. Une des réponses réfère à une situation où la femme avait l'impression d'être agressée dans le cadre du suivi. Cette participante (P37) a nommé s'être sentie violée aux termes de l'un des examens gynécologiques effectués par la professionnelle lui octroyant les soins obstétricaux.

Sentiment de danger. La femme enceinte se sentait en danger lors du suivi de grossesse. Une participante (P38) a écrit avoir eu peur de mourir puisqu'elle était sans réponse vis-à-vis d'un diagnostic de prééclampsie.

Perte de confiance. Cette sous-catégorie fait référence à la perte de confiance ressentie par la femme, soit en elle-même, envers le professionnel ou envers les services. À cet effet, une participante (P33) a signalé : « *ma confiance en moi et mon potentiel de donner naissance naturellement étaient chamboulés à chaque rendez-vous avec un médecin. Je pleurais souvent dans les heures suivant mon rendez-vous* ».

Se sentir confuse. La femme se sentait confuse durant le suivi. Une participante (P38) a indiqué s'être sentie dissociée en situation de stress important en lien avec sa grossesse,

dans un contexte où elle n'obtenait pas le soutien nécessaire pour l'aider dans cette dernière.

Se sentir jugée. La femme se sentait jugée durant le suivi. Ces perceptions pouvaient être nourries par diverses actions nommées précédemment, telles que pathologiser les réactions de la femme. Par exemple, une participante (P37) a indiqué que la professionnelle rencontrée « *a porté des jugements envers moi tout au long de la grossesse* ».

Discussion

L'objectif général de la présente étude était d'explorer les répercussions des agressions à caractère sexuel sur la perception des femmes quant aux pratiques et attitudes des médecins et sages-femmes lors de la grossesse. Le vécu de la période périnatale étant grandement influencé par l'expérience subjective des femmes enceintes (Daphna-Tekoah et al., 2015), il apparaissait important de s'intéresser à la manière dont ces femmes vivent les soins périnataux.

Discussion du premier objectif

Le premier objectif spécifique était de déterminer si une différence significative existe entre le nombre de femmes ayant rapporté des attitudes et pratiques perçues comme ayant favorisé ou nui à leur bien-être psychologique de la part du médecin ou de la sage-femme ayant réalisé leur suivi de grossesse. Pour ce faire, deux groupes ont été formés sur la base de la présence ou l'absence d'un vécu d'ACS. Dans le cadre de cette étude, aucune différence significative n'a été trouvée quant au nombre de femmes ayant rapporté des pratiques et attitudes perçues comme ayant favorisé le bien-être psychologique lors de la grossesse. Cela signifie que, contrairement à notre hypothèse, le nombre de femmes ayant rapporté des pratiques et attitudes ayant favorisé leur bien-être lors de la grossesse n'était pas plus faible au sein du groupe de femmes exposées à une ACS au cours de leur vie, comparativement à celles du groupe contrôle. De plus, aucune différence significative n'a

été trouvée concernant le nombre de femmes considérant avoir vécu des pratiques ou attitudes perçues comme ayant diminué le bien-être psychologique.

Ainsi, contrairement à notre hypothèse, les femmes ayant vécu une ACS n'ont pas rapporté davantage de pratiques ou attitudes nuisant au bien-être que les femmes n'ayant pas ce type de vécu. Ces résultats ne sont pas concordants avec la littérature portant sur les répercussions des ACS sur la période périnatale. En effet, les femmes ayant vécu une ACS se retrouvent particulièrement vulnérables lors de la grossesse en raison des nombreuses difficultés qu'elles peuvent rencontrer, tant sur le plan physique que psychologique (Brunton & Dryer, 2021), ainsi que par la nature invasive des soins prodigués (Halvorsen et al., 2013). Cette vulnérabilité peut donner place à des réponses traumatiques pouvant contrevenir au bon déroulement des soins et générer la reviviscence du traumatisme vécu par le passé (Montgomery, 2013). Le manque de contrôle perçu lors de cette période peut également occasionner cette reviviscence (Montgomery, 2013), de même que la nature des interactions avec le professionnel (Halvorsen et al., 2013). Les femmes ayant vécu une ACS éprouveraient aussi plus de difficultés à nommer leurs besoins et leurs inconforts, les prédisposant ainsi à une expérience des soins plus négative (Stevens et al., 2017). L'expérience de la grossesse peut alors être perçue comme traumatisante, voire nuisible pour le bien-être psychologique. Néanmoins, le présent essai ne permet pas de valider ou d'invalider ces résultats puisqu'il n'a pas permis de mesurer le bien-être des femmes, mais plutôt leurs perceptions des soins. Les perceptions

rapportées ne semblent toutefois pas souligner que ces femmes sont plus à risque de vivre des soins désagréables que les femmes n'ayant pas un vécu d'ACS.

Plusieurs explications peuvent permettre de mieux comprendre que les présents résultats ne concordent pas avec ce qui était initialement attendu. D'abord, il faut prendre en considération le contexte particulier que représente la période prénatale, qui est une étape critique et sensible au développement de fragilité sur le plan de la santé mentale, et ce, même pour les femmes n'ayant pas vécu d'ACS (Slade et al., 2009). Jusqu'à 55 % des femmes de la population générale vivraient de l'anxiété liée à la grossesse, comprise par certains auteurs comme un type d'anxiété se distinguant de l'anxiété générale puisqu'elle est spécifique à cette période et aux enjeux vécus lors de cette dernière (Brunton et al., 2022). Cette anxiété est décrite comme étant un état affectif vécu durant la grossesse et prenant la forme d'inquiétudes portant sur la grossesse, l'enfant à naître, l'accouchement, la parentalité, mais également sur les soins obstétricaux (Dunkel & Ponting, 2022). L'anxiété liée à la grossesse est associée à davantage de complications au moment de l'accouchement ainsi qu'à plus d'interventions médicales que pour les femmes ne vivant pas ce type d'anxiété (Brunton et al., 2022). Bien que le vécu de traumatismes interpersonnels puisse prédire l'apparition de ce type d'anxiété, elle n'est pas exclusive à ce vécu (Brunton et al., 2022). Ainsi, il est possible que les femmes du groupe contrôle de la présente étude aient vécu de l'anxiété relative à la grossesse, ce qui a pu teinter négativement leur expérience de la grossesse ainsi que leurs perceptions des soins obstétricaux reçus. Également, considérant que l'accumulation de différents types de

traumatismes augmente le nombre de difficultés rencontrées durant la grossesse (Lukasse et al., 2009), il est possible que des femmes n'ayant pas vécu d'ACS aient vécu d'autres types de traumatisme pouvant ainsi les prédisposées à percevoir certaines pratiques ou attitudes différemment que les femmes n'ayant vécu aucun traumatisme. Par ailleurs, le présent essai ne permet pas de distinguer les participantes en ce qui concerne leur état psychologique, plus précisément à savoir si ces dernières rencontrent les critères diagnostiques d'un trouble de santé mentale. Considérant que la présence de ce type de trouble peut entraîner des répercussions sur l'expérience de la grossesse (Howard & Khalifeh, 2020), il est possible que les femmes des deux groupes étudiés partagent davantage de similarités que de différences par rapport à leurs prédispositions psychologiques durant la grossesse. La présence de pratiques et attitudes pouvant être considérées comme de la violence obstétricale doit également être considérée dans la lecture de ces résultats. Toutes les femmes recevant des soins et services obstétricaux sont susceptibles d'être exposées à ce type de pratiques. Il est donc possible que des femmes du groupe contrôle aient elles aussi vécu des interventions perçues comme abusives et ayant diminué leur bien-être psychologique.

En ce qui a trait aux pratiques perçues comme ayant favorisé le bien-être psychologique, les soins obstétricaux engendrent bien souvent une prise en charge par le professionnel. Cette prise en charge peut avoir permis aux femmes ayant vécu une ACS d'être soutenue quant à leur bien-être psychologique. En effet, elles auraient tendance, au sein de leur relation, à maintenir une position de dépendance puisqu'elles peuvent douter

de leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes (Finkelhor & Browne, 1985; Notman & Nadelson, 1976). Ces enjeux relatifs à l'autonomie et la dépendance ont donc pu être rencontrés et apaisés dans le contexte de soins périnataux, résultant en davantage de pratiques perçues comme favorisant le bien-être pour les femmes ayant vécu une ACS que ce qui était attendu. Cela peut contribuer à expliquer l'absence de différence entre les deux groupes étudiés en ce qui a trait au nombre de pratiques perçues comme favorisant leur bien-être.

Enfin, cet essai ne permet pas de distinguer les comportements ou attitudes rapportés par les deux groupes puisque seulement les réponses qualitatives des femmes ayant vécu une ACS ont été étudiées. Ainsi, il se peut que les femmes des deux groupes à l'étude aient fait référence à des comportements ou attitudes différents en regard de leur vécu lorsqu'elles ont répondu à l'instrument, ce qui aurait pu permettre de les différencier, au-delà du nombre femmes ayant signalé des soins favorisants ou nuisants à leur bien-être. Il est aussi possible que les limites méthodologiques de la présente étude aient pu grandement influencer les résultats obtenus. Ces limites seront discutées dans une section suivante.

Discussion du second objectif

Le second objectif spécifique était d'identifier les pratiques et attitudes des professionnels de la santé que les femmes ayant vécu une ACS percevaient spécifiquement comme étant les plus favorables et celles étant les moins favorables pour leur bien-être

psychologique durant la grossesse. Le vécu des participantes questionnées a permis de rendre compte que leur bien-être pouvait être modulé, tant positivement que négativement, par différents aspects semblant se diviser en trois grandes catégories, soit les actions concrètes, les façons de faire et les répercussions de l'action. Cela signifie que leur bien-être n'est pas uniquement dépendant du type de soins reçus, mais également de la manière dont le professionnel s'y prend pour rendre compte des services ainsi que de la façon dont la femme vivra ces soins. Cela complexifie la façon dont l'offre de soins doit être réfléchie puisqu'elle s'étend du savoir-faire au savoir-être et est dépendante du vécu subjectif de la femme qui reçoit les services.

Les éléments découlant des trois catégories sont concordants avec les recommandations en matière de pratiques sensibles aux traumatismes. Ce cadre de référence n'a toutefois pas été pris en compte dans l'analyse de contenu du présent essai puisque la structure de codage a émergé uniquement des réponses des participantes. Les pratiques sensibles aux traumatismes font référence à une approche qui vise à diminuer les risques de retraumatisation par la prise de conscience, par les différents acteurs et institutions offrant des soins et services aux personnes, que tout individu peut avoir été exposé à un traumatisme interpersonnel au cours de sa vie (Seng & Taylor, 2015). Cette approche ne vise pas à traiter ou « guérir » les traumatismes, mais à s'assurer que les soins soient sensibles aux répercussions des traumatismes sur la façon de vivre ces soins. Les pratiques sensibles aux traumatismes reposent sur six grands principes, soit (1) la sécurité; (2) la confiance et la transparence; (3) le soutien; (4) la collaboration; (5) l'*empowerment*;

ainsi que (6) la reconnaissance des enjeux relatifs à la culture ou au genre (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Des pratiques inspirées de ces principes sont recommandées pour intervenir auprès d'une population ayant pu être exposée à tous types de traumatismes interpersonnels, incluant les ACS. Leurs bienfaits seraient néanmoins universels, puisqu'elles sont favorables également pour les personnes n'ayant pas vécu de traumatismes. Dans la manière dont ces six principes sont réfléchis, chacun d'entre eux peut s'appliquer aux actions posées, aux façons de faire ainsi qu'aux répercussions pouvant influencer le bien-être psychologique des femmes lors de la grossesse.

Selon les femmes questionnées, le fait de laisser un espace pour se raconter ainsi que pour les échanges avec le professionnel est une pratique grandement appréciée et peut favoriser leur bien-être psychologique. D'un autre côté, le fait de limiter cet espace est susceptible d'augmenter la détresse psychologique lors de la grossesse. Cela a du sens considérant que la nature des interactions entre les professionnels et les femmes peuvent grandement affecter la façon dont seront vécus les services (Halvorsen et al., 2013) et que l'aspect relationnel est central dans la compréhension des répercussions des ACS (Finkelhor & Browne, 1985). Cela met en lumière l'importance, pour ces femmes, d'être entendues et d'avoir réponse à leurs questionnements dans un espace d'échange inclusif et sensible à leur vécu, et ce, au-delà du contexte de soins. De plus, cette pratique semble cohérente avec l'ensemble des principes des pratiques sensibles aux traumatismes. En effet, l'espace offert peut permettre la construction d'un lien de confiance sécuritaire

permettant aux femmes d'être soutenues dans ce qu'elles vivent et leur offrant une occasion d'ouvrir sur leurs préférences ou réticences face aux soins, de sorte qu'elles puissent exercer une réelle influence sur le service offert.

Il semble que les pratiques perçues comme favorisant le bien-être par les participantes pourraient permettre de répondre efficacement à l'enjeu d'autonomie-dépendance soulevé par Notman et Nadelson (1976). En effet, les pratiques rapportées par les femmes font état d'une saine distance entre l'autonomie de ces dernières dans les services (p. ex., donner des choix) et l'offre d'un soutien continu et constant de la part des professionnels (p. ex., conseiller). La constance, soit l'un des thèmes les plus souvent endossés en ce qui a trait aux façons de faire, coïncide avec les recommandations proposées par Seng et Taylor (2015) concernant les pratiques sensibles aux traumatismes à appliquer au sein des services obstétricaux. En effet, ces autrices soulignent l'importance de la continuité au sein de la relation entre les femmes et les professionnels, soit par le maintien du professionnel dans le temps et au travers des différents services offerts. Le principe de constance, tel que rapporté par les femmes questionnées dans le présent essai, englobe cette vision, mais rend aussi compte de l'importance que ces professionnels soient en cohérence avec eux-mêmes à travers le temps, par exemple en offrant toujours le même niveau de soutien. Cette continuité pourrait toutefois être brimée par l'ingérence d'un nouveau professionnel dans l'offre de soins, ce qui pourrait expliquer que cette situation soit perçue comme pouvant diminuer le bien-être par les femmes questionnées. Tel que suggéré par Seng et Taylor, il apparaît primordial qu'une relation de confiance soit établie

avec les professionnels pour limiter les risques de retraumatisation et le contexte d'une première offre de soin ne semble pas propice à cela.

La posture adoptée par les professionnels apparaît comme l'un des principaux enjeux qui préoccupent les femmes ayant vécu une ACS. Ces dernières perçoivent positivement des postures chaleureuses et bienveillantes. Ce type de posture semble occasionner de la réassurance, ce qui peut contribuer au sentiment de sécurité, élément central aux pratiques sensibles aux traumatismes. Une telle approche peut permettre de briser la hiérarchie entre les professionnels « expert » et les patientes, offrant ainsi plus d'*empowerment* aux femmes dans ce processus. Dans la situation contraire où cette posture d'expert est adoptée en dépit des connaissances et expériences des femmes, cela est rapporté comme diminuant le bien-être psychologique. Une telle situation pourrait soutenir la perception pour les femmes que les professionnels n'ont pas confiance en elles. Cela peut dès lors perpétuer les perceptions négatives qu'elles peuvent entretenir en ce qui a trait au sentiment d'efficacité personnelle. Certaines actions et manières de procéder rapportées par les femmes interrogées pour le présent essai peuvent avoir maintenu ces perceptions, comme d'esquiver la détresse psychologique ou de pathologiser les réactions des femmes. En effet, en ne prenant pas pleinement compte du vécu de celles-ci, cela peut invalider leur expérience et augmenter un sentiment de doute personnel. Cela est en concordance avec les pratiques identifiées comme traumatisantes, lors de la grossesse, rapportées par Reed et ses collaborateurs (2017), soit d'ignorer les connaissances ou impressions que les femmes possèdent d'elles-mêmes, tout en priorisant les connaissances théoriques.

Burgess et Holmstrom (1974), Finkelhor et Browne (1985) ainsi que Notman et Nadelson (1976) soulignent tous la grande impuissance ressentie à la suite d'une ACS et la façon dont elle affecte négativement les perceptions que ces femmes ont d'elles-mêmes. Les ACS peuvent mener les femmes qui en sont victimes à sous-estimer leur efficacité personnelle et à surinvestir leurs relations interpersonnelles de sorte qu'une dynamique de dépendance risque de se créer. Cette dépendance favorise dès lors le maintien du sentiment d'impuissance et le manque perçu de contrôle. En regard des résultats obtenus dans le présent essai, il apparaît que les pratiques ou attitudes visant à redonner un sentiment de contrôle sont primordiales pour les femmes afin de maintenir leur bien-être psychologique durant la grossesse, comme de demander le consentement avant d'agir, de donner le choix face aux soins ou de respecter la pudicité. Au contraire, les pratiques ou attitudes pouvant placer les femmes dans une situation d'impuissance tendent à diminuer le bien-être, comme lorsqu'un professionnel adopte une posture autoritaire. Dans le même ordre d'idée, le fait d'offrir, entre autres, un pouvoir décisionnel aux femmes au sujet des soins reçus limiterait les répercussions négatives des ACS sur la façon dont est vécu l'accouchement (Leeners et al., 2016). Dans leur revue systématique, Leeners et ses collaborateurs (2006) ont souligné la place centrale que peut avoir la perception de contrôle, et ce, tant en ce qui a trait au contrôle de soi qu'aux soins reçus, permettant de maintenir une estime de soi positive et la perception d'avoir été un agent de participation actif dans tout ce processus. Le fait de soutenir le sentiment de contrôle dès la grossesse pourrait donc favoriser le bien-être psychologique puisque cela aide à maintenir un sentiment d'efficacité personnelle. De plus, lorsque la posture adoptée par les

professionnels de la santé lors des soins prodigués est perçue comme autoritaire et insensible, l'interaction est alors susceptible de faire resurgir des sentiments ou impressions similaires à celles vécues lors de l'ACS, notamment le sentiment d'être en danger ou d'être agressée, de même que la confusion et la perte de confiance. La littérature sur le sujet suggère que le contexte de soins obstétricaux est susceptible de générer une reviviscence de l'ACS (Halvorsen et al., 2013; Reed et al., 2017). Il est possible que la similitude des réactions vécues, et énumérées ci-haut, prédispose les femmes à cette reviviscence.

Parmi toutes les réponses recueillies, aucune femme n'a relevé de pratiques permettant d'évaluer la présence d'ACS dans son vécu. Cela peut suggérer que cette pratique n'est pas d'emblée nécessaire pour offrir des soins favorisant le bien-être psychologique. Néanmoins, il est également possible que l'absence d'information à ce sujet puisse être expliquée par le fait qu'aucun médecin ou sage-femme n'ait procédé au dépistage d'un vécu d'ACS. Une participante a toutefois rapporté qu'une professionnelle l'avait questionnée à savoir si elle avait été violée. Cette pratique a été perçue comme nuisant à son bien-être psychologique puisque la réponse positive à cette question a mené à un sentiment d'être invalidée en regard du fait qu'elle vivait difficilement les soins reçus. Il apparaît tout de même que, tel que proposé par Owens et ses collaborateurs (2022), les soins obstétricaux sensibles devraient être octroyés sans égard à l'obtention de cette information.

Limites et forces

Les résultats de l'étude doivent être interprétés en tenant compte des limites de celle-ci. D'abord, tel qu'indiqué précédemment, les questionnaires utilisés pour la présente étude ne permettent pas d'évaluer la présence d'autres types de traumatisme interpersonnel, tel que l'abus physique ou la négligence. Cette information aurait pu être pertinente afin de contrôler l'effet de ces autres traumatismes sur la perception des soins. Le choix de ne pas ajouter de questionnaire à ce sujet a été fait afin de réduire le nombre de questionnaires à compléter.

La façon dont les réponses qualitatives ont été obtenues représente également une limite importante. En effet, ces réponses ont été obtenues par écrit via une plateforme Web. Cette façon de fonctionner peut avoir représenté un obstacle pour les femmes présentant des difficultés sur le plan de l'écriture et peut ainsi les avoir dissuadés de répondre à la question proposée ou les avoir empêchés d'y exposer clairement leur pensée. Également, il était impossible d'en savoir davantage sur le contexte entourant les réponses des participantes, ni d'obtenir des explications complémentaires, ce qu'aurait permis un entretien qualitatif. Néanmoins, un tel entretien n'aurait pu être mené auprès d'un aussi large groupe de femmes considérant les coûts nécessaires, notamment en termes de temps.

De plus, la mesure utilisée concernant les ACS ne permet pas d'obtenir un portrait exhaustif du vécu des femmes. Ceci est dû au fait qu'il fut décidé que le questionnaire portant sur les ACS soit intrusif au minimum. En conséquent, aucune information sur la

fréquence n'a été obtenue. Un type d'ACS n'a pas été mesuré, soit le fait d'avoir une activité sexuelle en état de consommation, en étant endormie ou inconsciente. Plusieurs éléments doivent être pris en compte lorsque le vécu d'ACS est questionné. Barth et ses collaborateurs (2013) ont rapporté que plusieurs variables pouvaient influencer la prévalence rapportée du phénomène, p. ex. le nombre de questions posées, le type de population à l'étude et le devis utilisé. Par exemple, une prévalence plus importante serait obtenue lors d'entretiens en face à face en comparaison aux réponses obtenues par questionnaire. L'utilisation d'une définition plus large de l'ACS (c.-à-d. incluant tous les types) permettrait également d'obtenir une prévalence plus élevée que lorsque les différents types d'ACS sont considérés comme distincts. De plus, Littleton et ses collaborateurs (2007) rapportent que les femmes ayant vécu une ACS ne répondent pas toujours par l'affirmative lorsqu'elles sont questionnées directement sur ce vécu (c.-à-d. par des questions du type « avez-vous vécu une agression sexuelle? »). L'une des explications possibles est que certaines femmes ne reconnaîtraient pas la nature non consensuelle de l'événement, notamment lorsqu'il y a eu coercition. Ainsi, il est possible que certaines femmes de la présente étude n'aient pas été classées dans le bon groupe si ces dernières n'ont pas conscience de leur vécu d'ACS.

Cet essai possède aussi des forces. D'abord, la façon dont les questions au sujet d'un vécu ACS ont été formulées dans la présente étude est une force puisqu'elle peut permettre de contrer en partie l'enjeu de la prévalence, notamment par l'utilisation de questions subjectives (p. ex., Je crois que quelqu'un m'a agressée sexuellement) et d'autres portant

sur différents types de gestes à caractère sexuel spécifiques et qui peuvent dévier de la conception « typique » d'une ACS (p. ex., « Quelqu'un m'a forcée à regarder de la nudité ou des activités sexuelles »). Une seconde force de l'étude est qu'il s'agit, à notre connaissance, de la première étude sur le sujet dans la population québécoise. Les pratiques et attitudes rapportées sont donc concordantes avec celles pouvant être observées dans le système de santé québécois. Une troisième force concerne la stratégie de recrutement utilisée. Celle-ci a permis de questionner des femmes de la population générale et non seulement celles provenant d'une population clinique. Cela permet une meilleure représentativité des résultats. Finalement, une majorité des études réalisées auprès des femmes ayant vécu une ACS font mention des pratiques diminuant le bien-être psychologique des femmes lors de la période périnatale. Les recommandations formulées découlent ainsi de réflexions entourant des pratiques déficientes. Peu de recommandations semblent avoir été formulées sur la base de pratiques rapportées par les femmes comme augmentant leur bien-être psychologique. La présente étude a permis de recueillir à la fois des pratiques perçues comme diminuant le bien-être psychologique, mais également des pratiques perçues comme l'augmentant. Cela a ainsi permis d'élaborer des recommandations contribuant au maintien de pratiques appréciées et à la remise en question de celles moins aimées par les femmes ayant un vécu d'ACS.

Recommandations et avenues futures

Cet essai s'inscrit dans une étude plus large qui vise, ultimement, à formuler des recommandations pour les professionnels de la santé en vue de guider leur pratique, lors

de la période périnatale, auprès des femmes ayant vécu une ACS et d'ainsi favoriser leur bien-être. L'étude actuelle s'est penchée plus spécifiquement sur la période de la grossesse, et les résultats qui en découlent permettent de formuler des recommandations au sujet des pratiques à adopter et d'autres à éviter par les médecins et sages-femmes lors de cette période. D'emblée il se dégage des résultats obtenus que les femmes, qu'elles aient vécu ou non une ACS, rapportent que les professionnels de la santé jouent un rôle dans la modulation de leur bien-être.

L'ensemble des recommandations repose sur l'idée centrale que les femmes ayant vécu une ACS ont le besoin d'être reconnues au-delà de leur grossesse. En d'autres mots, elles souhaitent être considérées dans leur expérience, leur vécu et leurs préférences. D'abord, il est recommandé que les médecins ou la sages-femmes offrent un espace d'échange dans lequel les femmes auraient la possibilité d'ouvrir sur leur vécu personnel, de partager leurs inquiétudes et de poser leurs questions sur leur grossesse. La réponse offerte à ces échanges devrait elle aussi être concordante en regard des présentes recommandations. Une seconde recommandation repose sur le fait qu'il apparait primordial qu'une constance soit présente entre les professionnels offrant des services et au sein du suivi offert par le médecin ou la sage-femme. Ainsi, il est recommandé qu'un même professionnel assume les soins périnataux afin qu'un lien puisse s'établir entre ce dernier et la femme. Dans l'éventualité où les femmes rencontrent des difficultés ne pouvant être prises en charge par le professionnel, celui-ci devrait référer aux services adéquats. Par cette pratique, les professionnels valident les difficultés rencontrées et

s'assurent d'un soutien adéquat pour ces dernières. Il est toutefois recommandé qu'une bonne communication existe entre les professionnels afin qu'un professionnel intégré au dossier puisse comprendre la situation et tenir compte du suivi réalisé jusqu'à son intégration dans la démarche. Il est aussi recommandé que les professionnels demeurent sensibles dans l'annonce ou le partage d'informations susceptibles d'altérer l'état psychologique des femmes, telles que la présence de malformations congénitales. À cet effet, un soutien devrait être offert pour éviter que les femmes ou la famille restent seules face avec la détresse et les questionnements pouvant être suscités par ce type d'informations. Il apparaît également essentiel que les professionnels favorisent la reprise de contrôle des femmes. Ces dernières devraient avoir un pouvoir décisionnel dans l'offre de services, minimalement par l'octroi de leur consentement aux soins prodigués, et ce, tout au long du suivi. Le vécu subjectif de celles-ci devrait être considéré afin de valider leur expérience et leur ressenti. La pudeur et l'intimité devraient également être respectées de sorte que les femmes aient l'emprise sur leur propre corps et un pouvoir décisionnel sur les gens y ayant accès. Finalement, les professionnels devraient également demeurer sensibles à l'emploi de mots, par les femmes, qui font normalement référence au vécu d'ACS, notamment le fait de se sentir agressée ou en perte de contrôle. Ces derniers peuvent être un indicateur de situations propices à la diminution du bien-être psychologique.

Considérant que toute la période périnatale peut être affectée par un vécu d'ACS, il serait pertinent qu'une étude similaire soit effectuée afin de dégager les pratiques à

prioriser lors de l'accouchement et de la période postnatale, et ce, avec tous types de professionnels œuvrant auprès des femmes lors de cette période. Il serait aussi intéressant de comparer les réponses des femmes sans vécu d'ACS pour déterminer si leurs perceptions des pratiques diminuant ou soutenant leur bien-être se différencient de celles des femmes exposées à des ACS. D'autres études pourraient être pertinentes afin de déterminer si les caractéristiques des ACS peuvent exercer une influence sur la perception des soins reçus (p.ex., l'âge à laquelle l'ACS a été vécue ou la relation avec la personne ayant perpétré l'ACS). Finalement, il pourrait également être pertinent de questionner les professionnels concernés sur leurs expériences auprès des femmes ayant vécu une ACS ainsi que sur leurs besoins en matière de formation à cet effet.

Conclusion

Dans cet essai, il a été question des répercussions des agressions à caractère sexuel sur la perception des pratiques et attitudes des médecins et sages-femmes lors de la grossesse. Contrairement à la littérature sur le sujet, la présente étude ne permet pas de faire ressortir des différences significatives, en fonction de la présence ou de l'absence d'un vécu d'ACS, quant au nombre de femmes ayant perçu les pratiques comme favorisant ou diminuant le bien-être psychologique durant la grossesse. Néanmoins, les résultats qualitatifs obtenus permettent de dégager les pratiques et attitudes à favoriser afin d'éviter la retraumatisation des femmes ayant vécu une ACS et d'augmenter leur bien-être psychologique durant cette période sensible. Des recommandations ont été formulées en regard de la réalité du système de santé québécois et des femmes bénéficiant des services obstétricaux. Les services offerts devraient permettre à ces femmes de reprendre le contrôle en les impliquant dans l'offre de soins et en donnant de la valeur à leur vécu. Davantage d'études devraient porter sur l'ensemble de la période périnatale ainsi qu'aux pratiques à prioriser tout au long de cette dernière.

Références

- American Psychiatric Association. (APA, 2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5^e éd.)* (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Masson.
- Baril, K., & Tourigny, M. (2015). Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance : modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 4(1), 28-63. <https://doi.org/10.3917/cnmi.151.0028>
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Berman, Z., Assaf, Y., Tarrasch, R., & Joel, D. (2018). Assault-related self-blame and its association with PTSD in sexually assaulted women: An MRI inquiry. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 13(7), 775-784. <https://doi.org/10.1093/scan/nsy044>
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Brunton, R., & Dryer, R. (2021). Child sexual abuse and pregnancy: A systematic review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 111(1), Article 104802. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104802>
- Brunton, R., Wood, T., & Dryer, R. (2022). Childhood abuse, pregnancy-related anxiety and the mediating role of resilience and social support. *Journal of Health Psychology*, 27(4), 868-878. <https://doi.org/10.1177/1359105320968140>
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131(9), 981-986. <https://doi.org/10.1002/BSL.2370010310>
- Byrne, J., Smart, C., & Watson, G. (2017). "I felt like I was being abused all over again": How survivors of child sexual abuse make sense of the perinatal period through their narratives. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(4), 465-486. <https://doi.org/10.1080/10538712.2017.1297880>

- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (CIUSSS MCQ, 2023). *Services avant et après la naissance*. <https://ciusssmcq.ca/soins-et-services/soins-et-services-offerts/grossesse-et-nouveau-ne/services-avant-et-apres-la-naissance/#:~:text=Vous%20%C3%AAtes%20enceinte%3F,gyn%C3%A9cologue%20ou%20une%20sage%2Dfemme>.
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., Elamin, M. B., Seime, R. J., Shinozaki, G., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618-629. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Coles, J., & Jones, K. (2009). "Universal Precautions": Perinatal touch and examination after childhood sexual abuse. *Birth*, 36(3), 230-236. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00327.x>
- Conroy, S., & Cotter, A. (2017). *Les agressions sexuelles autodéclarées au Canada, 2014* (n° 85-002-X). Centre canadien de la statistique juridique. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2017001/article/14842-fra.htm>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225(1), 18-31. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Daigneault, I., Hébert, M., Bourgeois, C., Dargan, S., & Frappier, J.-Y. (2017). Santé mentale et physique des filles et des garçons agressés sexuellement : une étude de cas contrôle apparié avec un suivi de cohortes sur 10 ans. *Criminologie*, 50(1), 99-125. <https://doi.org/10.7202/1039798ar>
- Daphna-Tekoah, S., Lev-Wiesel, R., & Ben-Zion, I. Z. (2015). Childbirth as retraumatization of childhood's sexual abuse. Dans C. Martin, V. Preedy, & V Patel (Éds), *Comprehensive guide to post-traumatic stress disorder* (pp. 1-15). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-08613-2_96-1
- Darilek U. (2018). A Woman's Right to Dignified, Respectful Healthcare During Childbirth: A Review of the Literature on Obstetric Mistreatment. *Issues in mental health nursing*, 39(6), 538–541. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1368752>

- DiMauro, J., & Renshaw, K. D. (2019). PTSD and relationship satisfaction in female survivors of sexual assault. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *11*(5), 534-541. <https://doi.org/10.1037/tra0000391>
- Dir, A. L., Hahn, C., Jaffe, A. E., Stanton, K., & Gilmore, A. K. (2018). Depressive symptoms following recent sexual assault: The role of drug and alcohol use, acute stress, and assault characteristics. *Journal of Interpersonal Violence*, *36*(11-12), 5900-5913. <https://doi.org/10.1177/0886260518803605>
- Dunkel, C., & Ponting, C. (2022). What is pregnancy-related anxiety? Dans R. Dryer & R. Brunton (Éds), *Pregnancy-related anxiety: Theory, research, and practice* (pp. 5-23). Routledge.
- Dworkin, E. R., DeCou, C. R., & Fitzpatrick, S. (2020). Associations between sexual assault and suicidal thoughts and behavior: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *14*(7), 1208-1211. <https://doi.org/10.1037/tra0000570>
- Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., & Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *56*(1), 65-81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *55*(4), 530-541. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1985.tb02703.x>
- Fuller-Thomson, E., Lacombe-Duncan, A., Goodman, D., Fallon, B., & Brennenstuhl, S. (2020). From surviving to thriving: Factors associated with complete mental health among childhood sexual abuse survivors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *55*(6), 735-744. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01767-x>
- Geller, P. A., & Stasko, E. C. (2017). Effect of previous posttraumatic stress in the perinatal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *46*(6), 912-922. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.04.136>
- Gisladdottir, A., Luque-Fernandez, M. A., Harlow, B. L., Gudmundsdottir, B., Jonsdottir, E., Bjarnadottir, R. I., Hauksdottir, A., Aspelund, T., Cnattingius, S., & Valdimarsdottir, U. A. (2016). Obstetric outcomes of mothers previously exposed to sexual violence. *PloS One*, *11*(3), Article e0150726. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150726>

- Gouvernement de l'Australie-Méridionale. (2019, avril). *Sexual abuse in childhood: Pregnancy, birth and postnatal care considerations*. https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/b64045804fd1127394d9959c192820f8/Sexual+Abuse+in+Childhood.+Pregnancy%2C+birth+and+postnatal+care+considerations_PPG_v5_0.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-b64045804fd1127394d9959c192820f8-oc-EX2E
- Gouvernement du Québec. (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000630/>
- Guedeney, A., & Tereno, S. (2010). Transition to parenthood. Dans S. Tyano, M. Keren, H. Herramn, & J. Cox (Éds), *Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry* (pp. 171-180). Willey-Blackwell Publications.
- Guittier, M.-J. (2018, février). *Évaluer le vécu de l'accouchement*. Communication orale présentée à la 16^e Journée du Collège National des Sages-femmes de France, Paris, France.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: An umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830-839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Halvorsen, L., Nerum, H., Oian, P., & Sørli, T. (2013). Giving birth with rape in one's past: A qualitative study. *Birth*, 40(3), 182-191. <https://doi.org/10.1111/birt.12054>
- Hébert, M., Tourigny, M., Cyr, M., McDuff, P., & Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie*, 54(9), 631-636. <https://doi.org/10.1177/070674370905400908>
- Henriksen, L., Vangen, S., Schei, B., & Lukasse, M. (2013). Sexual violence and antenatal hospitalization. *Birth*, 40(4), 281-288. <https://doi.org/10.1111/birt.12063>
- Hilberman, E. (1976). *The rape victim*. American Psychiatric Association.
- Hoddenbagh, J., Zhang, T., & McDonald, S. (2014). *Estimation de l'incidence économique des crimes violents au Canada en 2009*. Ministère de la Justice du Canada. https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/rr14_01/rr14_01.pdf
- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry*, 19(1), 313-327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>

- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2023). *Mieux vivre avec votre enfant de la grossesse à deux ans*. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/grossesse/suivi-grossesse/suivi-grossesse>
- Institut national de santé publique du Québec. (INSPQ, 2020). *Trousse média sur les agressions sexuelles*. <https://www.inspq.qc.ca/agression-sexuelle/accueil>
- Jackson, K. B., & Fraser, D. (2009). A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery*, 25(3), 253-263. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.05.006>
- Jina, R., & Thomas, L. S. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 27(1), 15-26. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2012.08.012>
- Kamiya, Y., Timonen, V., & Kenny, R. A. (2016). The impact of childhood sexual abuse on the mental and physical health, and healthcare utilization of older adults. *International Psychogeriatrics*, 28(3), 415-422. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001672>
- Kim, J., Talbot, N. L., & Cicchetti, D. (2009). Childhood abuse and current interpersonal conflict: The role of shame. *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 362-371. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.10.003>
- Kinsler, P., Courtois, C., & Frankel, A. (2009). Therapeutic alliance and risk management. Dans C. Courtois & J. Ford (Éds), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp. 183-201). The Guilford Press.
- Lambert, H. K., Meza, R., Martin, P., Fearey, E., & McLaughlin, K. A. (2017). Childhood trauma as a public health issue. Dans M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Éds), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 49-66). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_3
- Lamoureux, B. E., Palmieri, P. A., Jackson, A. P., & Hobfoll, S. E. (2012). Child sexual abuse and adulthood-interpersonal outcomes: Examining pathways for intervention. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, 4(6), 605-613. <https://doi.org/10.1037/a0026079>
- Lange, B. C. L., Condon, E. M., & Gardner, F. (2019). A systematic review of the association between the childhood sexual abuse experiences of mothers and the abuse status of their children: Protection strategies, intergenerational transmission, and reactions to the abuse of their children. *Social Science & Medicine (1982)*, 233(1), 113-137. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.004>

- Leeners, B., Görres, G., Block, E., & Hengartner, M. P. (2016). Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research*, 83(1), 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.02.006>
- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., & Rath, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 139-151. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.11.006>
- Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., Imthurn, B., & Rath, W. (2007). Effect of childhood sexual abuse on gynecologic care as an adult. *Psychosomatics*, 48(5), 385-393. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.48.5.385>
- Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., & Rath, W. (2010). Pregnancy complications in women with childhood sexual abuse experiences. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 503-510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.017>
- Lemieux, R., Drouin-Maziade, C., & Berthelot, N. (2019). *Questionnaire des expériences sexuelles sans consentement* [Questionnaire inédit].
- Lemieux, R., Drouin-Maziade, C., Martel, E., Gagnon, R., & Berthelot, N. (2019). *Perceptions, besoins et attentes des mères face aux professionnels de la santé* [Questionnaire inédit].
- Lev-Wiesel, R., Daphna-Tekoah, S., & Hallak, M. (2009). Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse & Neglect*, 33(12), 877-887. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.05.004>
- Littleton, H. L., Rhatigan, D. L., & Axson, D. (2007). Unacknowledged rape. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14(4), 57-74. https://doi.org/10.1300/J146v14n04_04v
- LoGiudice, J. A. (2016). A systematic literature review of the childbearing cycle as experienced by survivors of sexual abuse. *Nursing for Women's Health*, 20(6), 582-594. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2016.10.008>
- Lukasse, M., Henriksen, L., Vangen, S., & Schei, B. (2012). Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-83>
- Lukasse, M., Schei, B., Vangen, S., & Øian, P. I. (2009). Childhood abuse and common complaints in pregnancy. *Birth*, 36(3), 190-199. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00323.x>

- McGregor, K., Gautam, J., Glover, M., & Jülich, S. (2013). Health care and female survivors of childhood sexual abuse: Health professionals' perspectives. *Journal of Child Sexual Abuse, 22*(6), 761-775. <https://doi.org/10.1080/10538712.2013.811143>
- McGregor, K., Glover, M., Gautam, J., & Jülich, S. (2010). Working sensitively with child sexual abuse survivors: What female child sexual abuse survivors want from health professionals. *Women & Health, 50*(8), 737-755. <https://doi.org/10.1080/03630242.2010.530931>
- Millar, H. C., Lorber, S., Vandermorris, A., Thompson, G., Thompson, M., Allen, L., Aggarwal, A., & Spitzer, R. F. (2021). “No, You need to explain what you are doing”: Obstetric care experiences and preferences of adolescent mothers with a history of childhood trauma. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 34*(4), 538-545. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.01.006>
- Ministère de la Justice du Canada. (2017). *L'âge de consentement aux activités sexuelles*. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/clp/faq.html>
- Ministère de la Sécurité publique. (2020). *Statistiques criminalité au Québec : principales tendances 2016*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/securite-publique/publications-adm/publications-secteurs/police/statistiques-criminalite/stats-annuelles-principales-tendances/stats_criminalite_principales_tendances_2016.pdf?1641943510
- Montgomery, E. (2013). Feeling safe: A metasynthesis of the maternity care needs of women who were sexually abused in childhood. *Birth, 40*(2), 88-95. <https://doi.org/10.1111/birt.12043>
- Montgomery, E., Pope, C., & Rogers, J. (2015). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 15*(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0626-9>
- Munro, M. L., Foster Rietz, M., & Seng, J. S. (2012). Comprehensive care and pregnancy: The unmet care needs of pregnant women with a history of rape. *Issues in Mental Health Nursing, 33*(12), 882-896. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.731136>
- Notman, M. T., & Nadelson, C. C. (1976). The rape victim: Psychodynamic considerations. *The American Journal of Psychiatry, 133*(4), 408-413. <https://doi.org/10.1176/ajp.133.4.408>
- Ordre des sages-femmes du Québec (2023). *Qu'est-ce qu'une sage-femme?* <https://www.osfq.org/fr/qu-est-ce-qu-une-sage-femme>

- Owens, L., Terrell, S., Low, L. K., Loder, C., Rhizal, D., Scheiman, L., & Seng, J. (2022). Universal precautions: The case for consistently trauma-informed reproductive healthcare. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(5), 671-677. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.012>
- Pennebaker, J. W., & Susman, J. R. (1988). Disclosure of traumas and psychosomatic processes. *Social Science & Medicine*, 26(1), 327-332. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90397-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90397-8)
- Perreault, S. (2015). *La victimisation criminelle au Canada, 2014* (n° 85-002-X). Centre canadien de la statistique juridique. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/85-002-X>
- Preece, P. M., & Riley, E. P. (2011). *Alcohol, drugs and medication in pregnancy: The long-term outcome for the child*. Mac Keith Press.
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>
- Rhodes, N., & Hutchinson, S. (1994). Labor experiences of childhood sexual abuse survivors. *Birth*, 21(4), 213-220. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1994.tb00532.x>
- Roller, C. G. (2011). Moving beyond the pain: women's responses to the perinatal period after childhood sexual abuse. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(5), 488-493. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00051.x>
- Roussillon, J. A. (1998). Adult survivors of childhood sexual abuse: suggestions for perinatal caregivers. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners: The International Journal of NPACE*, 2(6), 329-337.
- Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive health*, 14(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. SAGE publications.
- Schütze, I., Geraedts, K., & Leeners, B. (2020). The association between adverse childhood experiences and quality of partnership in adult women. *Child Abuse & Neglect*, 108(1), Article 104653. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104653>

- Scott, K. M., Koenen, K. C., King, A., Petukhova, M. V., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Jonge, P., Haro, J. M., Karam, E. G., Lee, S., Medina-Mora, M. E., Navarro-Mateu, F., Sampson, N. A., Shahly, V., Stein, D. J., Torres, Y., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2018). Post-traumatic stress disorder associated with sexual assault among women in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, *48*(1), 155-167. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001593>
- Seng, J. S., Oakley, D. J., Sampselle, C. M., Killion, C., Graham-Bermann, S., & Liberzon, I. (2001). Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Obstetrics & Gynecology*, *97*(1), 17-22. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(00\)01097-8](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(00)01097-8)
- Seng, J., & Taylor, J. (2015). *Trauma informed care in the perinatal period*. Dunedin Academic Press.
- Slade, A., Cohen, L. J., Sadler, L. S., & Miller, M. (2009). The psychology and psychopathology of pregnancy: Reorganization and transformation. Dans C. H. Zeanah, Jr. (Éd.), *Handbook of infant mental health* (pp. 22-39). The Guilford Press.
- Slavič, T. R., & Gostečnik, C. (2015). The experience of pregnancy, childbirth and motherhood in women with a history of sexual abuse. Dans A. P. Mivsek (Éd.), *Sexology in midwifery* (Chapitre 6). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/59085>
- Sperlich, M., Seng, J. S., Li, Y., Taylor, J., & Bradbury-Jones, C. (2017). Integrating trauma-informed care into maternity care practice: Conceptual and practical issues. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *62*(6), 661-672. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12674>
- Statistique Canada. (2019). *Enquête sociale générale : l'aperçu, 2019* (n° 89F0115X-2019001). Division de la statistique sociale et autochtone. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89f0115x/89f0115x2019001-fra.htm>
- Stevens, N. R., Tirone, V., Lillis, T. A., Holmgreen, L., Chen-McCracken, A., & Hobfoll, S. E. (2017). Posttraumatic stress and depression may undermine abuse survivors' self-efficacy in the obstetric care setting. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, *38*(2), 103-110. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1266480>
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, *16*(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for trauma-informed approach*. https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 32*(4), 331-335. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2008.00250.x>
- Van der Hulst, L. A., Bonsel, G. J., Eskes, M., Birnie, E., van Teijlingen, E., & Bleker, O. P. (2006). Bad experience, good birthing: Dutch low-risk pregnant women with a history of sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 27*(1), 59-66. <https://doi.org/10.1080/01674820500305788>
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., ... Declercq, E. (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health, 16*(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 35*(3), 84-91. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.947953>
- Walker, J., & Allan, H. T. (2014). Cervical screening and the aftermath of childhood sexual abuse: Are clinical staff trained to recognise and manage the effect this has on their patients?. *Journal of Clinical Nursing, 23*(13-14), 1857-1865. <https://doi.org/10.1111/jocn.12390>
- World Health Organization. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
- Wosu, A. C., Gelaye, B., & Williams, M. A. (2015). Childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder among pregnant and postpartum women: Review of the literature. *Archives of Women's Mental Health: Official Journal of the Section on Women's Health of the World Psychiatric Association, 18*(1), 61-72. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0482-z>
- Yüce, M., Karabekiroğlu, K., Yildirim, Z., Şahin, S., Sapmaz, D., Babadağı, Z., Turla, A., & Aydın, B. (2015). The psychiatric consequences of child and adolescent sexual abuse. *Noro psikiyatri arsivi, 52*(4), 393-399. <https://doi.org/10.5152/npa.2015.7472>

Zvara, B. J., Mills-Koonce, R., & Cox, M. (2017). Maternal childhood sexual trauma, child directed aggression, parenting behavior, and the moderating role of child sex. *Journal of Family Violence*, 32(2), 219-229. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9839-6>

Appendice A
Affiche de recrutement

Comment s'est déroulée la période entourant la naissance de votre dernier enfant ?



Notre équipe de recherche invite les **mères ayant eu un enfant depuis le 1er septembre 2017 et ayant accouché depuis au moins un mois** à participer à un sondage anonyme en ligne. Les résultats de cette étude seront communiqués aux professionnels de la santé afin de soutenir l'amélioration continue des pratiques obstétricales.

- Vous avez eu un enfant au cours des 2 dernières années ?
- Vous aimeriez partager de façon confidentielle et anonyme comment se sont déroulés votre grossesse, votre accouchement et les soins reçus durant la période périnatale ?
- Participer à notre étude en ligne qui vise à faire des recommandations concrètes quant aux pratiques les plus et les moins appréciées par les mères, vous intéresserait ?

Nous aimerions comprendre comment :

- (a) les perceptions des soins reçus durant la période périnatale,
- (b) les besoins et attentes des mères durant cette période, et
- (c) les difficultés physiques et psychologiques ayant pu être vécues

se distinguent **selon que les mères aient vécu, ou non, une agression à caractère sexuel dans leur vie**. Toutes les mères sont invitées à participer au sondage.

Une **carte cadeau de 50\$ sera tirée au hasard, à chaque tranche de 10 participantes**, parmi celles qui souhaiteront participer au tirage.

Cette étude est menée sous la direction de Roxanne Lemieux, professeure-chercheuse à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Elle a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de l'UQTR et un certificat éthique portant le numéro CER-19-259-07.33 a été émis le 10/09/19



Pour obtenir plus d'informations ou pour participer, rendez-vous sur notre site internet à :

www.uqtr.ca/projetstep/recherchesenligne

Ou scannez le code suivant :



Appendice B
Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Développement de pratiques sensibles aux traumatismes de nature sexuelle dans le cadre des soins périnataux

Chercheuse responsable : Roxanne Lemieux, Ph. D., professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, (819) 376-5011, poste 3441.

Objectif de la recherche

La naissance d'un enfant représente probablement un des moments les plus marquants dans la vie d'une femme. Bien que la période entourant celle-ci soit généralement empreinte de joie et de fébrilité, elle peut aussi être éprouvante physiquement et psychologiquement. La présente étude vise à mieux comprendre le vécu, les besoins et les attentes, pendant la période périnatale, des femmes ayant vécu une agression à caractère sexuel (ACS), et d'identifier en quoi ils se distinguent de ceux des femmes n'ayant pas vécu ce type d'événement. Le but ultime de cette étude est de sensibiliser et d'informer les professionnels de la santé offrant des services obstétricaux (obstétriciens, gynécologues, omnipraticiens, sages-femmes, infirmières, radiologistes et techniciens en radiologie) des besoins particuliers des femmes, lorsqu'elles deviennent mère. Afin de répondre à cet objectif, autant des mères ayant vécu une ACS que des mères n'ayant pas été exposées à une ACS sont invitées à participer à l'étude.

Déroulement de l'étude

Nous sollicitons les femmes ayant eu un enfant depuis le 1^{er} septembre 2017 et qui ont accouché depuis au moins un mois au moment de participer à l'étude. Si vous remplissez ces critères, vous êtes invitée à remplir un questionnaire anonyme en ligne portant sur votre bien-être physique et psychologique durant la grossesse, l'accouchement et à la suite de la naissance **de votre dernier enfant**. Des questions portent également sur les besoins et les attentes que vous aviez durant la période périnatale face aux professionnels de la santé impliqués auprès de vous lors de la période périnatale ainsi que sur vos perceptions des pratiques ayant favorisé votre bien-être ou contribué à le diminuer durant cette période. Enfin, un court questionnaire portant sur le thème des agressions à caractère sexuel est également proposé. Le temps de participation à l'étude est d'environ 55 minutes.

Inconvénients et risques

Cette étude comporte peu de risques ou d'inconvénients. Notons d'abord le temps de passation du questionnaire. Aussi, parmi les inconvénients potentiels, notons que les questions concernent des aspects personnels de votre vécu et des événements de vie difficiles. Le fait d'y répondre pourrait susciter des questionnements ou un inconfort. Si cela survenait et que vous souhaitez recevoir un soutien, n'hésitez pas à communiquer avec la responsable de la recherche. Elle pourra discuter avec vous et vous référer aux services adéquats au besoin. Vous pouvez également rejoindre le service de consultation téléphonique Info-Social au 811 et la ligne d'écoute Écoute-Entraide au 1-844-294-2130. Le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS) de Trois-Rivières s'engage également à offrir du soutien (au 819-373-1232) et vous pouvez aussi rejoindre en tout temps la ligne-ressource sans frais pour les victimes d'agression sexuelle, service provincial 24/7, au 1-888-933-9007.

Avantages et bénéfices

Il se peut que vous ne retiriez aucun bénéfice personnel de votre participation à l'étude. Toutefois, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques en regard de l'expérience des femmes lors de la période périnatale. Aussi, votre participation aidera à faire des recommandations quant aux pratiques à modifier ou à mettre en place par les professionnels de la santé œuvrant dans les soins périnataux, afin de tenir en compte des besoins des femmes durant cette période, selon qu'elles aient ou non, vécu une ACS.

Compensation

Afin de vous dédommager pour le temps accordé à la recherche, nous ferons tirer, à chaque tranche de 10 participantes, une carte-cadeau d'une valeur de 50 \$. Pour être éligible à participer au tirage, vous pouvez laisser votre numéro de téléphone ou votre adresse courriel à la fin du questionnaire, afin d'être contactée si jamais vous remportiez la carte-cadeau.

Confidentialité

Vos réponses sont strictement confidentielles. Afin de préserver votre anonymat et la confidentialité des renseignements, les données de recherche sont identifiées par un numéro de code. Vos coordonnées ne seront utilisées que pour vous contacter si vous remportez le tirage, afin de vous faire parvenir la compensation financière. Elles seront retirées du questionnaire immédiatement sur réception. Les questionnaires seront conservés pendant 10 ans après la fin de la recherche par la chercheuse et seront détruits par la suite. Les publications scientifiques ultérieures en rapport avec le projet de recherche rapporteront les résultats globaux de l'étude, de sorte que l'anonymat et la confidentialité des participantes seront préservés.

Droits des participantes

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons ni en subir de préjudice. Votre décision de ne pas participer à l'étude ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence pour vous. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits.

Identification des personnes ressources

Pour plus d'information sur cette recherche, vous pouvez contacter Roxanne Lemieux au (819) 376-5011, poste 3441. Elle peut être contactée advenant que la participation à la recherche suscite des questionnements ou de l'inconfort.

Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières a approuvé ce projet de recherche. En plus d'en assurer le suivi, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toute information ou pour toute question concernant vos droits en tant que participante à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du comité d'éthique de la recherche de l'UQTR au (819) 372-5011, poste 2129.

Financement du projet de recherche

La chercheuse responsable de la recherche a reçu un financement du Ministère de la Justice du Québec pour mener à bien ce projet de recherche.

Engagement de la chercheuse responsable de ce projet de recherche

Je certifie être disponible pour répondre aux questions des participantes concernant le projet de recherche, que les réponses des participantes ne pourront en aucun cas être pairées à des informations permettant de les identifier et que les participantes demeurent libres de mettre un terme à leur participation, et ce, sans préjudice. Je m'engage, avec mon équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Chercheuse ou chercheur :

Roxanne Lemieux

Signature :

Date :

04/09/2019

CONSENTEMENT

En cliquant sur le bouton de participation, vous indiquez :

- Avoir lu l'information
- Être d'accord pour participer

Oui, j'accepte de participer

Appendice C
Questionnaire sociodémographique

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1. **Quel est votre âge?**

_____ ans

2. **Quel est l'âge de votre dernier enfant biologique?**

_____ ans

3. **Quel est le sexe de votre dernier enfant?**

- Garçon
- Fille
- Garçon(s) et/ou fille(s) (j'ai eu une grossesse multiple)

4. **Quel est votre pays de naissance?**

- Canada
- Autre : _____

5. **À quel(s) groupe(s) ethnique(s) considérez-vous appartenir?**

- Caucasien/Blanc
- Noir (p. ex., Haïtien, Jamaïquain, Africain, etc.)
- Hispanique/Latino
- Asiatique (p. ex., Japonais, Chinois, Vietnamien, etc.)
- Moyen-Orient
- Première nation/Métis
- Autre(s) : _____

6. **Veillez cocher la/les case(s) qui correspond(ent) à votre situation scolaire :**

- J'ai complété le primaire
- J'ai complété le secondaire (DES)
- J'ai complété un cours professionnel (DEP)
- J'ai complété le Cégep (DEC, technique)
- J'ai complété un baccalauréat
- J'ai complété une maîtrise
- J'ai complété un doctorat

7. Quelle est votre occupation principale actuelle (veuillez cocher toutes les cases qui vous représentent)?

- Emploi(s) temps complet
- Emploi(s) temps partiel
- Emploi(s) saisonnier(s) avec prestation d'assurance chômage
- Arrêt préventif avec prestation d'assurance parentale
- Arrêt de travail avec prestation d'invalidité
- Sans emploi et je reçois de l'aide sociale
- Étudiante
- À la maison

8. Quel est votre état civil actuel (veuillez cocher toutes les cases qui vous représentent)?

- Mariée
- Je vis actuellement avec le père ou l'autre mère de l'enfant
- Je vis actuellement avec un(e) partenaire qui n'est pas le père ou l'autre mère de l'enfant
- Union de fait
- Séparée ou divorcée
- Célibataire
- Veuve
- Famille recomposée

9. Combien d'enfant(s) biologique(s) avez-vous? _____

10. (a) Combien d'enfant(s) adopté(s) avez-vous? _____

(b) Combien d'enfant(s) non biologique(s) et ni adopté(s) habitent avec vous?

11. Êtes-vous en attente d'un autre enfant présentement?

- Oui
- Non
- Je ne le sais pas / Je suis incertaine

12. Quel est votre revenu *familial* annuel (avant impôts et déductions)?

- | | |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moins de 15 000 \$ | <input type="checkbox"/> De 55 000 à 64 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 15 001 à 24 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 65 000 à 74 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 25 000 à 34 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 75 000 à 84 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 35 000 à 44 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 85 000 à 94 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> De 45 000 à 54 999 \$ | <input type="checkbox"/> De 95 000 \$ et plus |

13. Pour répondre aux besoins de base de votre famille, soit le logement, l'alimentation et l'habillement, diriez-vous que vos revenus sont :

- Très suffisants
- Suffisants
- Insuffisants
- Très insuffisants
- Ne sait pas

Appendice D

Questionnaire des expériences sexuelles sans consentement

QUESTIONNAIRE DES EXPERIENCES SEXUELLES SANS CONSENTEMENT

Les questions suivantes concernent certaines expériences que vous avez peut-être vécues au cours de votre vie. Elles sont toutes de nature personnelle et intime. Essayez d'y répondre le plus honnêtement possible. Nous vous demandons de bien porter attention à la période indiquée *concernant votre âge*. Vos réponses demeureront confidentielles.

Avant l'âge de 18 ans, avez-vous vécu une des situations suivantes?

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. Quelqu'un m'a touchée de manière sexuelle sans mon consentement ou m'a forcé à le toucher ainsi ou à toucher quelqu'un d'autre ainsi. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| 2. Quelqu'un m'a menacée de me faire mal, de me faire du tort ou de nuire à ma réputation si je ne faisais pas d'activités sexuelles avec lui, avec elle ou avec quelqu'un d'autre. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| 3. Quelqu'un m'a forcée à avoir des activités sexuelles avec lui, avec elle ou avec quelqu'un d'autre. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| 4. Quelqu'un m'a forcée à regarder de la nudité ou des activités sexuelles. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| 5. Quelqu'un a obtenu sans mon consentement une image ou une vidéo de moi nue ou ayant une activité sexuelle. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| 6. Je crois que quelqu'un m'a agressée sexuellement. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |

Après l'âge de 18 ans, avez-vous vécu une des situations suivantes?

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 7. Quelqu'un m'a touchée de manière sexuelle sans mon consentement ou m'a forcée à le toucher ainsi ou à toucher quelqu'un d'autre ainsi. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| 8. Quelqu'un m'a menacée de me faire mal, de me faire du tort ou de nuire à ma réputation si je ne faisais pas d'activités sexuelles avec lui, avec elle ou avec quelqu'un d'autre. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| 9. Quelqu'un m'a forcée à avoir des activités sexuelles avec lui, avec elle ou avec quelqu'un d'autre. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| 10. Quelqu'un m'a forcée à regarder de la nudité ou des activités sexuelles. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| 11. Quelqu'un a obtenu sans mon consentement une image ou une vidéo de moi nue ou ayant une activité sexuelle. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| 12. Je crois que quelqu'un m'a agressée sexuellement. | <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |

13. **Avant l'âge de 14 ans**, avez-vous eu un acte sexuel **consentant** avec quelqu'un qui avait **au moins 2 ans** de plus que vous? Par acte sexuel, nous faisons référence à des touchers, des activités sexuelles, le visionnement ou le partage d'image(s) ou de vidéo(s) de nudité ou d'activités sexuelles.
- Non
- Oui
14. **À partir de 14 ans, mais avant l'âge de 16 ans**, avez-vous eu un acte sexuel **consentant** avec quelqu'un qui avait **au moins 5 ans** de plus que vous? Par acte sexuel, nous faisons référence à des touchers, des activités sexuelles, le visionnement ou le partage d'image(s) ou de vidéo(s) de nudité ou d'activités sexuelles.
- Non
- Oui

Nous vous invitons à répondre aux questions #15 à 17 **seulement si vous avez répondu « oui » à une ou l'autre des questions précédentes**. Si vous avez répondu « non » à toutes ces questions, vous pouvez passer au questionnaire suivant.

15. Combien de personnes différentes ont commis le ou les geste(s) identifié(s) précédemment?
- _____
16. Qui était(ent) cette ou ces personne(s) pour vous? (cochez toutes les cases appropriées)
- Un membre de ma famille
- Une personne proche ne faisant pas partie de ma famille
- Une connaissance
- Une personne en position d'autorité ou un professionnel de la santé
- Une personne inconnue
17. Quel âge aviez-vous au moment où vous avez été exposée pour la première fois à un des événements identifiés précédemment?
- _____

Appendice E

Perceptions, besoins et attentes des mères face aux professionnels de la santé

PERCEPTIONS, BESOINS ET ATTENTES DES MÈRES FACE AUX PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Nous aimerions en apprendre davantage sur les perceptions, les besoins et les attentes que vous aviez face aux pratiques des professionnels de la santé qui vous donnaient des soins et services durant la période entourant la grossesse et la naissance de votre dernier enfant. Vos réponses nous aideront à sensibiliser les professionnels aux pratiques les plus et les moins appréciées par les femmes durant la période périnatale. Nous vous invitons à répondre aux questions suivantes en tenant compte de la période indiquée.

GROSSESSE EN LIEN AVEC LE DERNIER ENFANT

1. Durant votre grossesse, les professionnels de la santé ont-ils fait quelque chose qui a **spécialement contribué à favoriser ou à améliorer votre bien-être psychologique** lorsqu'ils vous offraient des soins et services? Il peut s'agir de paroles, de gestes, d'attitudes ou de quoique ce soit d'autre.

1.1 Médecin(s) et/ou sage-femme responsable(s) de votre suivi de grossesse :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel lors de ma grossesse
- Non, il/elle n'a rien fait de spécial à ce sujet
- Oui, il/elle a spécialement contribué à favoriser ou à améliorer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

1.2 Infirmier(s)/infirmière(s) rencontré(s/es) lors de votre suivi de grossesse :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel lors de ma grossesse
- Non, aucun(e) n'a fait quelque chose de spécial à ce sujet
- Oui, un(e) d'eux(elles) a spécialement contribué à favoriser ou à améliorer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

1.3 Technicien(s)/ Technicienne(s) ou radiologiste(s) ayant réalisé une échographie :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel lors de ma grossesse
- Non, aucun(e) n'a fait quelque chose de spécial à ce sujet
- Oui, il/elle a spécialement contribué à favoriser ou à améliorer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

2. Durant votre grossesse, les professionnels de la santé ont-ils fait quelque chose qui **spécialement contribué à diminuer votre bien-être psychologique** lorsqu'ils vous offraient des soins et services? Il peut s'agir de paroles, de gestes, d'attitudes ou de quoique ce soit d'autre.

2.1 Médecin(s) et/ou sage-femme responsable(s) de votre suivi de grossesse :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel lors de ma grossesse
- Non, il/elle n'a rien fait de spécial à ce sujet
- Oui, il/elle a spécialement contribué à diminuer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

2.2 Infirmier(s)/infirmière(s) rencontré(s/es) lors de votre suivi de grossesse :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel lors de ma grossesse
- Non, aucun(e) n'a fait quelque chose de spécial à ce sujet
- Oui, un(e) d'eux(elles) a spécialement contribué à diminuer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

2.3 Technicien(ne) ou radiologiste ayant réalisé une échographie :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel lors de ma grossesse
- Non, aucun(e) n'a fait quelque chose de spécial à ce sujet
- Oui, il/elle a spécialement contribué à diminuer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

3. Durant votre grossesse en lien avec **votre dernier enfant**, avez-vous vécu ce qui suit? Si oui, comment voudriez-vous être accompagnée par les professionnels de la santé par rapport à ces éléments si vous les viviez à nouveau?
- Sentiment de perte de contrôle ou de vulnérabilité (si oui, précisez l'accompagnement souhaité : _____)
 - Sentiment de dissociation (c'est-à-dire, se sentir détachée de la réalité, de son corps ou de ce qui se passe à l'intérieur de soi) (si oui, précisez l'accompagnement souhaité : _____)
 - Penser à des événements de vie difficiles qui vous sont arrivés (si oui, précisez l'accompagnement souhaité : _____)
 - Vivre beaucoup d'inquiétude en lien avec la douleur de votre accouchement à venir (si oui, précisez l'accompagnement souhaité : _____)
 - Vivre beaucoup d'inquiétude en lien avec comment vous serez comme mère (si oui, précisez l'accompagnement souhaité : _____)

3.1 Considérez-vous que ces besoins et attentes en termes d'accompagnement ont été répondus?

- Oui, très bien
- Oui, en grande partie
- Non, pour la plupart
- Non, pas du tout

ACCOUCHEMENT EN LIEN AVEC LE DERNIER ENFANT (INCLUANT LA PÉRIODE DU TRAVAIL)

4. Au moment du travail et de votre accouchement, les professionnels de la santé ont-ils fait quelque chose qui **a spécialement contribué à favoriser ou à améliorer votre bien-être psychologique** lorsqu'ils vous offraient des soins et services? Il peut s'agir de paroles, de gestes, d'attitudes ou de quoique ce soit d'autre.

4.1 Médecin(s) et/ou sage-femme responsable(s) de votre suivi de grossesse :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel lors de mon accouchement
 - Non, il/elle n'a rien fait de spécial à ce sujet
 - Oui, il/elle a spécialement contribué à favoriser ou à améliorer mon bien-être psychologique.
- Veuillez décrire comment SVP :

4.2 Infirmier(s)/infirmière(s) présent(s)/(es) lors de votre accouchement :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel lors de mon accouchement
- Non, aucun(e) n'a fait quelque chose de spécial à ce sujet
- Oui, un(e) d'eux(elles) a spécialement contribué à favoriser ou à améliorer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

5. Au moment du travail et de votre accouchement, les professionnels de la santé ont-ils fait quelque chose qui **a spécialement contribué à diminuer votre bien-être psychologique** lorsqu'ils vous offraient des soins et services? Il peut s'agir de paroles, de gestes, d'attitudes ou de quoique ce soit d'autre.

5.1 Médecin(s) et/ou sage-femme responsable(s) de votre suivi de grossesse :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel lors de mon accouchement
- Non, il/elle n'a rien fait de spécial à ce sujet
- Oui, il/elle a spécialement contribué à diminuer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP:

5.2 Infirmier(s)/infirmière(s) présent(s)/(es) lors de votre accouchement

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel lors de mon accouchement
- Non, aucun(e) n'a fait quelque chose de spécial à ce sujet
- Oui, un(e) d'eux(elles) a spécialement contribué à diminuer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

6. Au moment du travail et de votre accouchement en lien avec **votre dernier enfant**, avez-vous vécu ce qui suit? Si oui, comment voudriez-vous être accompagnée par les professionnels de la santé par rapport à ces éléments si vous les viviez à nouveau?
- Sentiment de perte de contrôle ou de vulnérabilité (si oui, précisez l'accompagnement souhaité : _____)
 - Sentiment de dissociation (c'est-à-dire, se sentir détachée de la réalité, de son corps ou de ce qui se passe à l'intérieur de soi) (si oui, précisez l'accompagnement souhaité : _____)

6.1 Considérez-vous que ces besoins et attentes en termes d'accompagnement ont été répondus?

- Oui, très bien
- Oui, en grande partie
- Non, pour la plupart
- Non, pas du tout

JOURS SUIVANT L'ACCOUCHEMENT EN LIEN AVEC LE DERNIER ENFANT

7. Dans les jours suivant votre accouchement, les professionnels de la santé ont-ils fait quelque chose qui a **spécialement contribué à favoriser ou à améliorer votre bien-être psychologique** lorsqu'ils vous offraient des soins et services? Il peut s'agir de paroles, de gestes, d'attitudes ou de quelque ce soit d'autre.

7.1 Médecin(s) et/ou sage-femme responsable(s) de votre suivi de grossesse :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel dans les jours suivant mon accouchement
- Non, il/elle n'a rien fait de spécial à ce sujet
- Oui, il/elle a spécialement contribué à favoriser ou à améliorer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

7.2 Infirmier(s)/infirmière(s) présent(s)/(es) impliqué(e)s dans votre suivi :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel dans les jours suivant mon accouchement
- Non, aucun(e) n'a fait quelque chose de spécial à ce sujet
- Oui, un(e) d'eux(elles) a spécialement contribué à favoriser ou à améliorer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

8. Dans les jours suivant votre accouchement, les professionnels de la santé ont-ils fait quelque chose qui **a spécialement contribué à diminuer votre bien-être psychologique** lorsqu'ils vous offraient des soins et services? Il peut s'agir de paroles, de gestes, d'attitudes ou de quoique ce soit d'autre.

8.1 Médecin(s) et/ou sage-femme responsable(s) de votre suivi de grossesse :

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel dans les jours suivant mon accouchement
- Non, il/elle n'a rien fait de spécial à ce sujet
- Oui, il/elle a spécialement contribué à diminuer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

8.2 Infirmier(s)/infirmière(s) présent(s)/(es) impliqué(e)s dans votre suivi

- Je n'ai pas rencontré ce type de professionnel dans les jours suivant mon accouchement
- Non, aucun(e) n'a fait quelque chose de spécial à ce sujet
- Oui, un(e) d'eux(elles) a spécialement contribué à diminuer mon bien-être psychologique.

- Veuillez décrire comment SVP :

9. Dans les jours suivant votre accouchement en lien avec **votre dernier enfant**, avez-vous vécu ce qui suit? Si oui, comment voudriez-vous être accompagnée par les professionnels de la santé par rapport à ces éléments si vous les viviez à nouveau?

- Sentiment de perte de contrôle ou de vulnérabilité (si oui, précisez l'accompagnement souhaité : _____)
- Sentiment de dissociation (c'est-à-dire, se sentir détachée de la réalité, de son corps ou de ce qui se passe à l'intérieur de soi) (si oui, précisez l'accompagnement souhaité : _____)
- Malaise ou difficultés avec l'allaitement (si oui, précisez l'accompagnement souhaité : _____)

9.1 Considérez-vous que ces besoins et attentes en termes d'accompagnement ont été répondus?

- Oui, très bien
- Oui, en grande partie
- Non, pour la plupart
- Non, pas du tout

10. Auriez-vous apprécié qu'un professionnel de la santé s'informe, lors de votre grossesse, de votre vécu possible en lien avec une agression à caractère sexuel?

- Oui (précisez pourquoi si vous le souhaitez : _____)
- Non (précisez pourquoi si vous le souhaitez : _____)