

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PERCEPTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES FAVORABLES AU  
BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE PENDANT L'ACCOUCHEMENT  
DE FEMMES AYANT VÉCU UNE AGRESSION SEXUELLE :  
UNE ÉTUDE QUALITATIVE

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
MAUDE RICHARD-POULIOT

FÉVRIER 2026

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

---

Carl Lacharité, 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

---

Dominique Mailloux, Ph. D. évaluatrice interne  
Université du Québec à Trois-Rivières

---

Karine Baril, Ph. D. évaluatrice externe  
Université du Québec en Outaouais

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (Article 360) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le Comité de programmes de cycles supérieurs du département de psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

## Table des matières

Liste des tableaux.....	vi
Remerciements.....	vii
Avant-Propos .....	viii
Article scientifique – Perception des pratiques professionnelles favorables au bien-être psychologique pendant l'accouchement de femmes ayant vécu une agression sexuelle : une étude qualitative .....	1
Résumé.....	3
Abstract .....	5
Introduction.....	6
Objectif .....	8
Méthode .....	8
Contexte de l'étude et participantes.....	8
Collecte et analyses des données .....	9
Considérations éthiques .....	18
Résultats.....	19
Planification/organisation de l'accouchement .....	19
Gestion des ressources .....	28
Collaboration/coopération.....	28
Communication.....	29
Soutien psychologique.....	31
Gestion des divergences.....	33
Soutien à l'innovation.....	35

Discussion .....	35
La relation entre professionnel·les et patientèle .....	36
L'individualisation des soins .....	38
Limite de l'étude et autres considérations, dont celle liée aux violences obstétricales.....	41
Conclusion .....	43
Références .....	46
Annexe A. Affiche de recrutement .....	51
Annexe B. Canevas d'entretien.....	52
Annexe C. Formulaire de consentement .....	55
Annexe D. Certificat éthique .....	58
Références générales.....	59

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Caractéristiques sociodémographiques des participantes.....	10
2	Profils d'accouchement des participantes .....	11
3	Étapes de l'analyse thématique par modèle (Template analysis).....	17
4	Dimensions du fonctionnement d'une équipe représentant la métaphore « Faire équipe » entre les femmes et les professionnel·les en périnatalité.....	18
5	Pratiques professionnelles favorisant le bien-être psychologique des femmes ayant vécu une agression sexuelle illustrées par des dimensions du travail d'équipe .....	20
6	Synthèse des recommandations découlant des résultats de l'étude pour la pratique infirmière en périnatalité afin de soutenir le bien-être des survivantes d'agression sexuelle, lors de l'accouchement.....	40

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont croisé mon chemin de près ou de loin durant ce parcours doctoral et qui ont contribué à leur façon à l'avancement de ce projet.

Je tiens particulièrement à remercier ma directrice de recherche, Roxanne, qui a incarné à la fois les rôles de mentor et de coéquipière dans la réalisation de ce projet. Par sa bienveillance, son ouverture et son humilité, elle a su contribuer à mon développement tant au niveau de la recherche qu'au niveau clinique. Merci, Roxanne, d'avoir appris avec moi les nuances de la recherche qualitative et initié à l'approche sensible aux traumatismes qui guidera forcément ma pratique professionnelle en tant que psychologue. Je souhaite également remercier mon codirecteur, Carl, dont les connaissances impressionnantes sur le monde de la recherche ont été essentielles à la réalisation de ce projet.

J'aimerais également exprimer ma reconnaissance envers toutes les participantes de l'étude ainsi que certains conjoints avec qui j'ai eu la chance de collaborer. Merci de votre générosité et de la confiance que vous nous avez accordée en partageant votre vécu.

Sur le plan personnel, je souhaite remercier mes ami.es avec qui j'ai pu partager mes joies, mes défis et de précieux moments qui resteront gravés dans ma mémoire. Enfin, je tiens à remercier mes parents, dont l'amour et le soutien inconditionnel ont façonné la personne que je suis aujourd'hui.

## **Avant-Propos**

### **Mise en contexte de l'article**

L'article produit dans le cadre de cet essai doctoral a été soumis pour évaluation, avant le dépôt initial, à la revue Science infirmière et pratiques en santé. Cette revue québécoise a été sélectionnée pour sa mission de démocratisation de l'accès à la science par le partage de résultats de recherche dans le but d'améliorer la qualité des soins et la santé générale des populations (Science infirmière et pratiques en santé, s. d.). L'écriture de cet article a été effectuée dans le respect des normes de présentation exigées par la revue (p. ex., maximum 5000 mots, écriture épiciène, etc.) imposant ainsi des contraintes sur l'étendue des informations incluses. Cet avant-propos permet ainsi l'ajout d'informations supplémentaires sur la pertinence sociale de l'étude, son contexte et ses retombées en psychologie, puisque l'essai a été réalisé dans le cadre d'un programme de doctorat en psychologie clinique.

### **Pertinence sociale de l'étude**

Les études publiées au cours des dernières années ont permis de mieux documenter les répercussions physiologiques et psychologiques des agressions sexuelles (AS) sur l'expérience d'accouchement. Ces études rapportent notamment que les personnes ayant des antécédents d'AS étaient davantage exposées que celles n'ayant pas d'antécédents à des complications de naissance, à des facteurs de risque obstétricaux (p. ex., épisiotomie), qu'elles étaient vulnérables à développer la peur de l'accouchement, ainsi que des préoccupations et du stress face à la dimension gynécologique des soins liés à la grossesse

(Brunton & Dryer, 2021). Ces études ont également contribué à mettre en lumière certaines pratiques professionnelles à proscrire, telles que les touchers vaginaux réalisés sans le consentement explicite ou sans explication préalable (LoGiudice, 2017). Malgré ces avancées, les travaux portant spécifiquement sur les pratiques professionnelles susceptibles de soutenir le bien-être psychologique durant l'accouchement des personnes ayant vécu une AS demeurent rares (Seng et al., 2002; Sobel et al., 2018), particulièrement au Québec.

En parallèle, les dernières décennies ont vu émerger la promotion d'un nouveau courant dans la façon d'offrir des soins et services à la population, que soit dans les institutions scolaires, de santé, judiciaires ou de protection de l'enfance. Il s'agit de l'approche sensible aux traumatismes promulguées notamment par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2014). Ce type d'approche vise à favoriser le bien-être psychologique des individus ayant un historique de traumatismes psychologiques lorsqu'ils fréquentent les institutions publiques et à diminuer le risque de (re)traumatisation (SAMHSA, 2014). L'approche sensible aux traumatismes propose un cadre conceptuel tenant compte des répercussions généralisées des traumatismes tant sur la clientèle desservie que sur les employés et peut être appliquée de façon universelle, c'est-à-dire, qu'elle demeure pertinente et favorise la qualité des services même pour des personnes n'ayant jamais été exposées à des événements traumatiques. Les pratiques promulguées par l'approche sensible aux traumatismes doivent correspondre à six principes centraux : la sécurité physique et affective, la transparence, le soutien par les

pairs, la collaboration, l'autonomisation ainsi que la personnalisation des soins. Au cours des cinq dernières années, des institutions, équipes de recherche et organisations ont recommandé l'utilisation d'une approche sensible aux traumatismes en périnatalité et ont publié des guides ou outils afin d'orienter les fournisseurs de services quant à la manière d'offrir des soins sécuritaires (p. ex., Perinatal Services BC, 2025; Saskatchewan Prevention Institute, 2022). Les recommandations de pratiques sensibles aux traumatismes en périnatalité rejoignent les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé quant aux soins intrapartum (OMS, 2018; SAMHSA, 2014). Ces recommandations, qui tentent de favoriser une expérience positive d'accouchement, s'appuient également sur l'importance d'un soutien pratique et émotionnel multidimensionnel dans le cadre de l'offre de soins (OMS, 2018).

Bien que ces lignes directrices soient maintenant bien définies sur le plan conceptuel, l'application dans les institutions offrant des services est encore aujourd'hui tenue. Elle est également complexe puisqu'elle demande l'implication et le soutien de l'administration, des ressources spécifiques, une formation appropriée et continue de tous les employés, ainsi que des méthodes reconnues pour évaluer l'efficacité de la formation. (Sadler et al., 2016; Vogel & Coffin, 2021). Par ailleurs, ces approches impliquent les traumatismes psychologiques de manière indifférenciée, sans être spécifiques aux particularités de l'expérience périnatale des personnes ayant vécu une agression sexuelle dans leur vie. Ainsi, malgré ce cadre théorique et des recommandations internationales en faveur d'un accompagnement sécurisant et respectueux, les connaissances empiriques sur

les pratiques réellement favorables au bien-être psychologique des personnes ayant un vécu d'AS demeurent limitées. À notre connaissance, il existe seulement deux études empiriques portant sur leurs préférences ou leurs attentes (Seng et al., 2002; Sobel et al., 2018), et aucune n'a été menée en tant compte du contexte de soins périnataux au Québec.

### **Mise en contexte des choix méthodologiques**

L'étude effectuée dans le cadre de cet essai s'appuie sur une approche qualitative de type générique, c'est-à-dire une méthode de recherche qui vise à explorer des thèmes, des concepts ou des phénomènes de manière générale, sans se limiter à un contexte spécifique. Il s'agit d'un type de devis de recherche dont l'objectif est d'obtenir une description riche d'un phénomène sans être guidée par un **cadre** philosophique explicite **tel** que dans les approches narratives, phénoménologiques ou ethnographiques (Caelli et al., 2003; Kahlke, 2014; Lim, 2011). Plus précisément, cet essai doctoral utilise un devis qualitatif descriptif, c'est-à-dire qui vise une description d'un phénomène avec le moins d'inférence possible afin de rester le plus près possible des données originales (Neergaard et al., 2009; Sandelowski, 2000, 2010). Sur le plan de la perspective théorique, la description qualitative sélectionnée pour cet essai est, serait l'approche la moins axée sur la théorie de toutes les méthodologies, selon Neergaard et ses collègues (2009). De plus, l'étude adopte une posture constructiviste naturaliste telle que définie par Denzin et Lincoln (2018), c'est-à-dire qui privilégie les significations et les perceptions des expériences des participants dans leurs propres termes, tout en minimisant au mieux les influences des chercheuses. Afin de limiter les inférences théoriques et personnelles lors des analyses et

de respecter l'approche qualitative descriptive présentée, les analystes ont tenté consciemment de sélectionner des codes générés directement à partir des entretiens, selon une méthode inductive, c'est-à-dire sans trop les interpréter ou les reformuler (Patton, 1990). Ainsi, les thèmes et les sous-thèmes présentés dans la section des résultats de l'article ont été formulés en respectant au mieux les propos des participantes, tout en favorisant le regroupement d'idées similaires. Les extraits associés permettent de mieux comprendre ces thèmes directement à travers le récit des participantes. Ces choix méthodologiques permettent de rester étroitement liés aux récits des participantes, ce qui semble crucial pour étudier le bien-être subjectif durant l'accouchement des femmes ayant subi une agression sexuelle dans leur vie. De surcroît, ces stratégies analytiques facilitent la formulation de recommandations précises et contextuellement pertinentes pour les professionnels de la santé œuvrant auprès de ces femmes (Neergaard et al., 2009).

### **Pertinence pour la pratique professionnelle en psychologie**

Bien que la revue scientifique sélectionnée s'adresse à la pratique infirmière, le contenu de l'article peut se traduire dans l'accompagnement de tous les professionnels de la santé, dont les psychologues, qui offrent des services, en période périnatale, à des femmes qui ont vécu des agressions sexuelles dans leur vie. D'abord, le contenu de l'article permet de sensibiliser les psychologues aux risques de vivre un accouchement difficile chez des femmes ayant vécu une agression sexuelle dans leur vie. Ceci peut les amener à ouvrir la discussion sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement des femmes, en regard aux traumatismes passés auxquels elles ont été exposées. De plus, l'idée principale

émergente des résultats, soit de faire équipe avec la femme, peut renvoyer au concept d'alliance thérapeutique centrale à la profession de psychologue. L'alliance thérapeutique, qui représente une qualité émergente de collaboration mutuelle et de partenariat entre le thérapeute et le client tout au long du travail thérapeutique (Flückiger et al., 2018), comprend notamment le développement d'une relation de confiance et l'établissement d'ententes mutuelles entre le psychologue et le client sur les objectifs et les moyens privilégiés (Wampold & Flückiger, 2023). Ces besoins de collaboration, de considération, d'ententes mutuelles et de relation de confiance ayant tous été abordés par les participantes de l'étude. Un lien peut être établi entre les préférences des femmes quant aux pratiques susceptibles de favoriser leur bien-être psychologique au moment de l'accouchement et lors d'un suivi psychologique. Finalement, cet essai doctoral peut sensibiliser les psychologues quant à l'importance de l'accompagnement psychologique, avant et après l'expérience d'accouchement, des femmes ayant vécu des agressions sexuelles. Ces suivis psychologiques avec les femmes en général permettent notamment de réduire l'anxiété prénatale (Zakia et al., 2025), les symptômes de dépression post-partum (Howard & Khalifeh, 2020) et ceux associés au trouble de stress post-traumatique (Furuta et al., 2018) étant fréquemment développés par les personnes victimes d'AS lors de l'accouchement (Brunton & Dryer, 2021). Les psychologues peuvent ainsi contribuer au bien-être psychologique des personnes ayant vécu des AS à divers moments de leur grossesse et de la période postnatale.

**Article scientifique**

Perception des pratiques professionnelles favorables au bien-être psychologique pendant l'accouchement de femmes ayant vécu une agression sexuelle : une étude qualitative

**Perception des pratiques professionnelles favorables au bien-être psychologique  
pendant l'accouchement de femmes ayant vécu une agression sexuelle :  
une étude qualitative**

**Perceptions of Professional Practices that Promote Psychological Well-being  
During Childbirth Among Women who have Experienced Sexual Assault: a  
Qualitative Study**

Maude Richard-Pouliot<sup>1</sup>, Carl Lacharité<sup>2</sup> et Roxanne Lemieux<sup>3</sup>

*Article de recherche empirique*

<sup>1</sup> Maude Richard-Pouliot, Candidate au doctorat en psychologie (D. Ps.), Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada ([Maude.Richard-Pouliot@uqtr.ca](mailto:Maude.Richard-Pouliot@uqtr.ca))

<sup>2</sup> Carl Lacharité, [[0000-0002-1449-449X](https://orcid.org/0000-0002-1449-449X)], Professeur émérite, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada ([Carl.Lacharite@uqtr.ca](mailto:Carl.Lacharite@uqtr.ca))

<sup>3</sup> Roxanne Lemieux, [[0000-0001-5014-6903](https://orcid.org/0000-0001-5014-6903)], Professeure, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada ([Roxanne.Lemieux2@uqtr.ca](mailto:Roxanne.Lemieux2@uqtr.ca))

**Adresse de correspondance :** Roxanne Lemieux, Ph. D., Professeure, Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, 3351, boulevard des Forges, Trois-Rivières (Québec) G8Z 4M3, [Roxanne.lemieux2@uqtr.ca](mailto:Roxanne.lemieux2@uqtr.ca)

## Résumé

*Introduction* : Les survivantes d'agression sexuelle sont particulièrement à risque de vivre de la détresse et des réactions traumatiques lors de l'accouchement. Les pratiques et attitudes du personnel soignant en périnatalité peuvent contribuer à ces difficultés. Peu d'études se sont intéressées au type d'accompagnement qui soutient le bien-être psychologique de cette patientèle au sein du système de santé québécois. *Objectif* : Explorer la perception des pratiques professionnelles susceptibles de favoriser le bien-être psychologique lors de l'accouchement de personnes s'identifiant comme femmes ayant vécu une agression sexuelle dans leur vie. *Méthode* : Une étude qualitative descriptive a été menée auprès de 11 participantes recrutées en ligne et ayant accouché au Québec. Les entretiens ont été analysés selon la méthode d'analyse thématique par modèle. *Résultats* : La métaphore "Faire équipe" illustre le souhait des participantes d'être considérées comme des partenaires à part entière, tout au long de la période périnatale. Sept thèmes ressortent de leur réflexion. Ils concernent la planification de l'accouchement, la gestion des ressources humaines, la collaboration, la communication, le soutien psychologique, la gestion des divergences dans les besoins et les pratiques innovantes. *Discussion* : Les résultats suggèrent que les femmes perçoivent leur bien-être, durant l'accouchement, comme dépendant surtout de la relation de confiance que les professionnel·les réussissent à nouer avec elles. Elles souhaitent un accompagnement empreint d'une approche humaniste, personnalisée et sensible aux traumatismes. La formation du personnel soignant aux

habiletés à la communication et aux pratiques sensibles aux traumatismes apparaît essentielle pour éviter la retraumatisation dans le cadre des soins périnataux au Québec.

*Mots-clés :* accouchement, agression sexuelle, bien-être psychologique, soins périnataux, pratique infirmière

### **Abstract**

*Introduction:* Survivors of sexual assault are particularly at risk of experiencing distress and traumatic reactions during childbirth. Perinatal professionals' practices and attitudes can contribute to these difficulties. Few studies have examined the type of support that promotes the psychological well-being of this patient population within the Quebec healthcare system. *Objective:* To explore the perceptions of individuals who identify as women who have experienced sexual assault regarding professional practices that may promote their psychological well-being during childbirth. *Method:* A descriptive qualitative study was conducted with 11 participants recruited online who had given birth within the Quebec healthcare system. Semi-structured interviews were analyzed using the template analysis method. *Results:* The metaphor "Teaming up" illustrates the participants' desire to be considered full partners in care throughout the perinatal period. Seven themes emerged from their reflections. These relate to birth planning, human resource management, collaboration, communication, psychological support, managing differences in needs, and innovative practices. *Discussion:* The results suggest that women perceive their well-being during childbirth as depending primarily on the relationship of trust that professionals can establish with them. They want support that is humanistic, personalized, and trauma sensitive. Training professionals in communication skills and trauma-sensitive practices appears essential to avoid retraumatization in perinatal care in Quebec.

*Keywords:* childbirth, sexual assault, psychological well-being, perinatal care, nursing practice

## Introduction

Les personnes ayant été exposées à une agression sexuelle (AS) au cours de leur vie sont jusqu'à cinq fois plus susceptibles que celles n'ayant pas ce type d'antécédent de vivre un accouchement traumatique (Verreault et al., 2012; Zambaldi et al., 2016). Une expérience d'accouchement traumatique renvoie à des interactions et/ou événements directement liés à l'accouchement, vécus comme accablants et générant une détresse marquée, avec des conséquences négatives à court ou long terme sur la santé et le bien-être. (Leinweber et al., 2022). Ce risque de retraumatisation chez celles ayant vécu une AS s'explique en partie par le sentiment de perte de contrôle et la douleur que l'accouchement peut provoquer, ainsi que par le caractère intime des soins périnataux reçus (Gordon et al., 2025; Montgomery et al., 2015). La manière dont ces soins sont prodigués a toutefois été soulevée parmi les facteurs clés influençant l'expérience et le bien-être des personnes qui accouchent (Benyamini et al., 2024). Bien que le risque de retraumatisation chez les survivant·es d'AS ait été maintes fois rapporté dans la littérature au cours des trois dernières décennies, l'appropriation des résultats de la recherche tarde à survenir dans les milieux de soins périnataux (Montgomery & Duckworth, 2025). Au Québec, par exemple, ni le Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028 publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2024) ni le Cadre de référence pour les rencontres prénatales de groupe (MSSS, 2025) ou les lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (Jain et al., 2016), encadrant la pratique en périnatalité au Canada, n'abordent cette problématique. Le personnel en périnatalité n'est donc pas orienté quant à un type d'accompagnement adapté aux besoins

spécifiques de cette patientèle ni quant aux interventions adéquates lorsque leur trauma sexuel est réactivé durant l'accouchement, pouvant entraîner une expérience d'accouchement traumatique. Conséquemment, plusieurs professionnel·les peuvent se livrer involontairement à des pratiques pouvant réactiver les traumas antérieurs.

En contrepartie, ces professionnel·les en périnatalité, dont les infirmières et infirmiers, peuvent jouer un rôle déterminant pour favoriser des expériences positives d'accouchement, grâce à la position privilégiée qu'ils occupent auprès des familles lors de l'accouchement (Leinweber & Stramrood, 2024). Or, vivre une expérience de naissance positive peut avoir un effet transformateur profond et durable pour les personnes qui accouchent (Karlsdottir & Leap, 2025). Une telle expérience est associée positivement à la confiance en leurs propres capacités (Karlström et al., 2015) ainsi qu'à la qualité du lien avec leur enfant (Smorti et al., 2020). Une récente revue intégrative de la littérature souligne que les pratiques infirmières périnatales associées avec une expérience de naissance positive incluent une réponse, entre autres, aux besoins de sécurité, d'estime et de réalisation de soi tout au long de l'accouchement (Raposo & Jurgens, 2025).

À notre connaissance, aucune étude n'a été réalisée pour sonder les souhaits d'accompagnement des personnes ayant vécu des antécédents d'agression sexuelle et recevant des soins intrapartum au Québec. Étant donné qu'environ une personne s'identifiant comme femme sur quatre a vécu une AS au Québec avant l'âge de 18 ans (Hébert et al., 2009), et qu'une femme sur trois a été victime d'une AS depuis l'âge de

16 ans au Canada (Cotter & Savage, 2019), le risque de retraumatisation auquel elles sont exposées au moment de l'accouchement (Gordon et al., 2025) et les conséquences néfastes d'une expérience de naissance difficile sur une pluralité d'individus, dont le personnel infirmier lui-même (Nieuwenhuijze et al., 2024; Uddin et al., 2022), il apparaît essentiel d'explorer les préférences des survivantes de traumatismes sexuels quant aux pratiques professionnelles favorisant leur bien-être durant l'accouchement.

### **Objectif**

L'objectif de l'étude était de répondre à la question suivante : quelles sont les perceptions des personnes s'identifiant comme femmes ayant vécu une agression sexuelle au cours de leur vie, quant aux pratiques professionnelles pouvant soutenir leur bien-être psychologique lors de l'accouchement?

## **Méthode**

### **Contexte de l'étude et participantes**

Le recrutement pour la participation à la recherche a été effectué à partir d'une affiche (voir Annexe A) publiée d'août à octobre 2020 sur la page Facebook du Projet STEP (soutenir la transition et l'engagement dans la parentalité), ainsi que sur les pages Facebook d'organismes communautaires (p. ex., CALACS, Maisons de la famille, etc.). Les critères d'inclusion pour la participation étaient de considérer avoir vécu une AS en cours de vie, être âgée d'au moins 18 ans et avoir donné naissance à un enfant au cours des trois années précédentes, mais depuis plus d'un mois, afin de permettre aux mères

d'avoir un recul face à leur expérience. Les mères qui avaient donné naissance à un bébé prématuré ou qui avait une anomalie congénitale ne pouvaient pas participer à l'étude, puisque ces circonstances affectent l'expérience d'accouchement de façon singulière. L'ensemble de ces critères ont été préalablement vérifiés à l'entretien lors d'une discussion téléphonique avec les participantes potentielles. Le recrutement a été cessé après le onzième entretien, en raison d'une saturation de données apparente. Le Tableau 1 présente les caractéristiques descriptives de l'échantillon et le Tableau 2 offre des informations supplémentaires sur les expériences d'accouchement des participantes.

### **Collecte et analyses des données**

Les entretiens semi-structurés ont été effectués par téléphone et étaient enregistrés afin d'être transcrits. Ces entretiens étaient d'une durée moyenne de 36 minutes, la plus longue étant d'une heure six minutes et la plus courte de 32 minutes. Le canevas d'entretien (voir Annexe B) explorait l'ensemble des expériences d'accouchement et de soins reçus des participantes, ainsi que des éléments qui ont ou qui auraient pu favoriser leur bien-être psychologique lors de ces événements. Un journal de bord a été documenté par l'intervieweuse après chaque entretien pour noter ses impressions en lien avec l'expérience de l'entretien de chacune des participantes, en vue de soutenir l'analyse.

**Tableau 1***Caractéristiques sociodémographiques des participantes*

Variable	n (%)
Âge lors de l'entretien	
≤ 30 ans	5 (45,5)
30-35 ans	5 (45,5)
≥ 35 ans	1 (9,1)
Nombre d'enfants	
1	3 (27,3)
2	3 (27,3)
3	3 (27,3)
4	1 (9,1)
5	1 (9,1)
Temps depuis le dernier accouchement	
< 1 an	5 (45,5)
1-2 ans	4 (36,4)
≥ 2-3 ans	2 (18,2)
Pays de naissance	
Canada	11 (100)
Groupe ethnique	
Caucasien	10 (90,9)
Caucasien et hispanique/latino	1 (9,1)
Dernier diplôme obtenu	
Diplôme d'études secondaires ou d'études professionnelles	5 (45,5)
Diplôme d'études collégiales	2 (18,2)
Diplôme d'études universitaires	4 (36,4)
Revenu familial annuel brut	
35 000 à 44 999 \$	1 (9,1)
45 000 à 59 999 \$	3 (27,3)
60 000 à 79 999 \$	4 (36,4)
≥ 80 000 \$	3 (27,3)
Période de survenue de l'agression sexuelle	
Enfance ou adolescence	7 (63,6)
Adulte	1 (9,1)
Enfance ou adolescence et adulte	2 (18,2)
Information non disponible	1 (9,1)

Note. N = 11.

**Tableau 2***Profils d'accouchement des participantes*

Participante	Nombre d'accouchement(s)	Âge au moment de l'accouchement (ans)	Durée de la grossesse (semaines, jours)	Durée de l'accouchement (heures, minutes)	Professionnel·le ayant réalisé l'accouchement	Complications médicales et instrumentalisation
P1	3	31	41,3	37,5	Médecin	Anomalies dans les prises de sang, échographies cardiaques, possibilités d'un retard de croissance, décélération du cœur du bébé pendant l'accouchement, utilisation de forceps, épisiotomie, épidurale et médication pour faire avancer le travail.
		33	39	5	Médecin	Bébé mal positionné, rupture artificielle de la poche des eaux et épisiotomie
		36	39	3	Médecin	n.d.
P2	3	20	41,1	32	Médecin	Prééclampsie le dernier mois de grossesse avec repos forcé. Convulsions pendant l'accouchement qui mènent à une césarienne, puis arrêt cardio-respiratoire pendant la césarienne, causé par la prééclampsie, réanimation. Le manque de liquide amniotique dû à la durée de l'accouchement a excorié la peau du bébé.
		27	35	n.d.	Médecin	Césarienne planifiée.
		33	36,6	n.d.	Médecin	Césarienne planifiée et examen par caméra de la vessie en raison d'un doute quant à une suture involontaire.

**Tableau 2***Profils d'accouchement des participantes (suite)*

Participante	Nombre d'accouchement(s)	Âge au moment de l'accouchement (ans)	Durée de la grossesse (semaines, jours)	Durée de l'accouchement (heures, minutes)	Professionnel·le ayant réalisé l'accouchement	Complications médicales et instrumentalisation
P3	1	30	41,1	28	Médecin	Décélération du rythme cardiaque fœtal, déchirure périnéale, présence de sécrétions et de méconium chez le nouveau-né, ainsi qu'une hypotension maternelle marquée en post-partum. Extraction incomplète du placenta à la suite de l'accouchement, nécessitant un curetage manuel pendant 1h30.
P4	5	21	39	n.d.	Sage-femme, avec transfert à l'hôpital	Contractions irrégulières, décélération du cœur du bébé, utilisation de ventouse provoquant des déchirures, réanimation cardiaque pour le bébé.
		23	40,2	n.d.	Médecin	Utilisation de Pitocin pour déclenchement du travail.
		28	38,7	3,5	Médecin	Diabète de grossesse.
		29	38	n.d.	Médecin	Diabète de grossesse, prééclampsie et déclenchement du travail.
		31	n.d.	n.d.	Médecin	Hémorragie durant l'accouchement et problèmes cardiaques chez le bébé. Provocation de l'accouchement avec monitoring constant.

**Tableau 2***Profils d'accouchement des participantes (suite)*

Participante	Nombre d'accouchement(s)	Âge au moment de l'accouchement (ans)	Durée de la grossesse (semaines, jours)	Durée de l'accouchement (heures, minutes)	Professionnel·le ayant réalisé l'accouchement	Complications médicales et instrumentalisations
P5	1	28	37	n.d.	Médecin	Diabète de grossesse sous insuline mal dosée ayant fait vieillir prématurément le placenta. Hypoglycémie maternelle et risque de détresse fœtale. Déclenchement par Cervidil (3 doses). Le 3 <sup>e</sup> tampon s'est logé dans le col : tentatives d'extraction sous MEOPA après un malaise vagal. Césarienne d'urgence. Bébé né en hypoglycémie.
P6	4	19	41.1	n.d.	Médecin	Contractions vers la 20 <sup>e</sup> semaine de gestation.
		27	38	n.d.	Médecin	Diabète de grossesse, césarienne puisque le bébé était mal positionné, difficultés respiratoires pour le bébé pendant l'accouchement, dégel pendant la césarienne et utilisation de MEOPA.
		31	40	n.d.	Médecin	Diabète de grossesse.
		33	39	n.d.	Médecin	Diabète de grossesse, début de prééclampsie.

**Tableau 2***Profils d'accouchement des participantes (suite)*

Participante	Nombre d'accouchement(s)	Âge au moment de l'accouchement (ans)	Durée de la grossesse (semaines, jours)	Durée de l'accouchement (heures, minutes)	Professionnel·le ayant réalisé l'accouchement	Complications médicales et instrumentalisation
P7	3	22	40,3	n.d.	Médecin	Épidurale.
		28	38,3	n.d.	Médecin	Épidurale.
		31	38,1	n.d.	Médecin	Suspicion d'achondroplasie : amniocentèse et multiples tests prénataux, puis prélèvements à la naissance. Résultats finalement normaux.
P8	2	23	38,5	24	Sage-femme avec transfert à l'hôpital	Repositionnement du bébé avant l'accouchement, épidurale et hypoglycémie du bébé à la naissance.
		24	40,3	5	Sage-femme en maison de naissance	Transfert à l'hôpital après l'accouchement pour réaliser des sutures.
P9	2	21	41,7	n.d.	Médecin	Accouchement provoqué, épisiotomie après 3h de poussée et réanimation avec retrait de liquide amniotique dans la gorge du bébé à la naissance.
		28	40,5	n.d.	Médecin	Accouchement provoqué.

**Tableau 2***Profils d'accouchement des participantes (suite)*

Participante	Nombre d'accouchement(s)	Âge au moment de l'accouchement (ans)	Durée de la grossesse (semaines, jours)	Durée de l'accouchement (heures, minutes)	Professionnel·le ayant réalisé l'accouchement	Complications médicales et instrumentalisation
P10	3	25	37	6	Médecin	Césarienne d'urgence après 4h de poussée et épidurale inefficace.
		28	37	4	Médecin	Diabète de grossesse. Césarienne d'urgence et épidurale inefficace.
		29	39	n.d.	Médecin	Diabète de grossesse. Césarienne planifiée : pose difficile du cathéter, puis chutes répétées de la tension durant 4h en post-opératoire.
P11	1	26	40,3	24	Sage-femme avec transfert à l'hôpital	Ouverture du col utérin bloquée à 5 cm, présentation dystocique. Stripping puis déclenchement (avec Pitocin) sous épidurale. Après 12h de poussées, transfert hospitalier. Émission de méconium in utero : extraction aux forceps et aspiration pulmonaire néonatale immédiate.

*Note.* n. d. = non disponible.

Un cadre d'analyse constructiviste naturaliste, privilégiant une description fidèle des expériences des participantes avec un minimum d'inférences théoriques (Denzin & Lincoln, 2018; Neergaard et al., 2009; Sandelowski, 2000, 2010), a été adopté. Le devis de recherche qualitatif ainsi que le cadre et la méthode d'analyse ont été sélectionnés en raison de leur flexibilité et de l'importance accordée au respect des propos des participantes. L'analyse des données a été effectuée selon la méthode d'analyse thématique de modèle (*Template analysis*) de Brooks et King (2014) (voir Tableau 3), à l'aide du logiciel NVivo. Deux analystes ont collaboré pour identifier des thèmes et sous-thèmes lors d'un processus itératif et cyclique impliquant des discussions quant à leur analyse respective, permettant ainsi une intégration commune continue et progressive de l'interprétation des données. Un troisième analyste a également contribué à la triangulation des résultats.

Du modèle final issu des analyses s'est dégagée une idée centrale omniprésente dans les propos des participantes, soit celle qu'elles souhaitent que les professionnel·les de la santé fassent équipe avec elles lors de l'accouchement. Cette idée a été développée comme métaphore pour mettre en lumière fidèlement leur expérience. L'utilisation d'une métaphore en recherche qualitative permet, selon Carpenter (2008), d'obtenir une structure, de comprendre le processus d'analyse d'une nouvelle façon, d'identifier plus facilement des interventions spécifiques à une situation ainsi que de susciter des émotions chez les lecteurs.

**Tableau 3***Étapes de l'analyse thématique par modèle (Template analysis)*

Étape	Description du processus
1. Familiarisation avec les données	Transcrire les entretiens, lire et relire les entretiens. Sélectionner un sous-ensemble d'entretiens importants pour débiter l'analyse.
2. Codage préliminaire des données	Mettre en évidence par l'utilisation de codes ou de thèmes tout élément pertinent du sous-ensemble d'entretien pertinent à la question de recherche.
3. Modèle de codage initial	Créer un modèle initial représentant la relation et l'organisation hiérarchique des différents thèmes ou codes basé sur un sous-ensemble de données sélectionnées pour leur représentativité.
4. Application du modèle initial	Appliquer le modèle initial aux entretiens subséquents, l'ajuster en cas d'adaptation difficile des thèmes existants et intégrer de nouveaux thèmes émergents des entretiens.
5. Révisions itératives du modèle	Poursuivre le processus de révision en testant et en ajustant le modèle à tous les entretiens restant jusqu'à l'obtention d'une version du modèle finale, riche et exhaustive représentant l'ensemble des données.
6. Application du modèle final	Appliquer le modèle final à l'ensemble des données. Utilisation du modèle pour structurer la rédaction des résultats de recherche.

*Note.* Tiré et traduit de *Doing template analysis: Evaluating an end-of-life care service* par J. Brooks et N. King, (2014).

Les différents thèmes qui sont ressortis du discours des participantes ont été organisés à l'aide du modèle multidimensionnel des comportements des membres d'une équipe favorisant une collaboration bénéfique de Rousseau et collègues (2006), tirée des sciences de la gestion. Les sept dimensions de ce modèle, adaptées aux thèmes illustrant les propos des participantes, ont permis d'organiser les thèmes et sous-thèmes émergents en fonction des différentes facettes du travail d'équipe qu'ils incarnaient (voir Tableau 4).

**Tableau 4**

*Dimensions du fonctionnement d'une équipe représentant la métaphore « Faire équipe » entre les femmes et les professionnel·les en périnatalité*

Dimension	Définition
1. Planification/ organisation de l'accouchement	Les équipiers se dotent d'un plan décrivant les rôles et les responsabilités de chacun, ainsi que les méthodes utilisées pour coordonner et favoriser leur contribution à la réalisation du projet commun (accouchement).
2. Gestion des ressources	Les équipiers s'assurent d'utiliser de façon optimale les ressources humaines dont l'équipe dispose.
3. Collaboration	Les membres de l'équipe reconnaissent la valeur égale de chacun et encouragent une contribution équitable, en développant une confiance mutuelle et une interdépendance dans la réalisation du projet commun.
4. Communication	Les équipiers échangent au moment opportun des informations ou des propositions utiles concernant le projet.
5. Soutien psychologique	Les équipiers manifestent leur respect mutuel ainsi que leur préoccupation pour le bien-être de chacun.
6. Gestion des divergences	Les équipiers cherchent à concilier de façon constructive leurs divergences réelles ou potentielles en regard de leurs préférences, de leurs valeurs ou de leurs objectifs personnels.
7. Soutien à l'innovation	Les équipiers utilisent des moyens facilitant l'implantation de nouvelles pratiques pour mener à terme le projet.

*Note.* Adapté de : Le fonctionnement interne des équipes de travail : conception et mesure, par Rousseau, Aubé, et Savoie. (2006).

### **Considérations éthiques**

Les participantes ont signé un formulaire de consentement (voir Annexe C) sur une plateforme sécurisée en ligne avant les entretiens et elles ont reçu une compensation financière de 40 \$ pour leur participation. Le projet de recherche a été approuvé par le

comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Un certificat éthique portant le numéro CER-19-259-07.33 a été émis le 10 septembre 2019 (voir Annexe D).

## **Résultats**

La métaphore « Faire équipe » permet de représenter un message transversal au discours de toutes les participantes : elles souhaitaient être considérées comme des partenaires à part entière par les professionnel·les en périnatalité lors de leurs accouchements. Les différentes dimensions de ce travail d'équipe sont présentées dans le Tableau 5 qui fait état et illustre par des extraits la globalité des thèmes et sous-thèmes ayant émergé de l'analyse des entretiens et qui sont regroupés selon les sept dimensions du travail d'équipe du modèle de Rousseau et collègues (2006).

### **Planification/organisation de l'accouchement**

La planification et l'organisation de l'accouchement sont essentielles au bien-être psychologique lors de l'accouchement chez les femmes ayant vécu une AS. Les propos des participantes font ressortir en particulier que les pratiques liées à cette première dimension qui protègent leur agentivité et les aident à s'adapter à l'imprévu ont une importance capitale. D'abord, les participantes ont identifié que les professionnel·les qui offraient de l'information sur les différents types de suivi de grossesse et méthodes d'accouchement soutenaient leur bien-être, puisqu'elles sentaient que l'on reconnaissait leur agentivité, tout en leur faisant connaître les options qui s'offraient à elles.

**Tableau 5**

*Pratiques professionnelles favorisant le bien-être psychologique des femmes ayant vécu une agression sexuelle illustrées par des dimensions du travail d'équipe*

Dimension du travail d'équipe et sous-thème associé	Extrait(s) illustratif(s)
1. Planification/organisation de l'accouchement	
1.1 Donner de l'information (types de suivi de grossesse, les méthodes d'accouchement)	« C'est important de savoir qu'on peut choisir comment notre accouchement va se dérouler, qu'on peut choisir, qu'on n'est pas obligées d'accoucher sur le dos, qu'il y a d'autres méthodes d'accouchement. » (Participante 3)
1.2 Effectuer un plan de naissance	« J'ai su qu'on avait le droit de faire des demandes, puis qu'on avait le droit de faire un plan de naissance, parce que je ne savais pas ça à mon premier. [...] Je pense que ce ne sont pas toutes les femmes qui sont au courant, puis [...] c'est important de savoir qu'on peut choisir comment notre accouchement va se dérouler... » (Participante 5) « Ça a été aidant pour moi de me faire un plan de naissance, de me poser des questions avec mon conjoint sur qu'est-ce qui est important, ce que je voulais. » (Participante 11)
1.3 Donner des informations en lien avec les agressions sexuelles (offrir des avenues pour s'y préparer, offrir des ressources psychologiques au besoin, etc.)	« De savoir qu'il y a des ressources qui existent, ce qu'on ne sait pas. » (Participante 6) « La sage-femme [...] c'est elle qui m'avait recommandé de faire des visualisations et d'en parler beaucoup beaucoup avec mon mari, parce qu'elle disait que les femmes qui avaient vécu des agressions sexuelles pouvaient faire des blocages, pouvaient avoir des difficultés à cause du niveau de douleur et tout [...] je m'étais préparée à mon accouchement. [...] Donc je pense que j'avais réussi à diminuer quand même les stresseurs ou les facteurs ou les éléments qui auraient pu être difficiles. » (Participante 4)

**Tableau 5**

*Pratiques professionnelles favorisant le bien-être psychologique des femmes ayant vécu une agression sexuelle illustrées par des dimensions du travail d'équipe (suite)*

Dimension du travail d'équipe et sous-thème associé	Extrait(s) illustratif(s)
1.4 Préparation mentale à l'accouchement (contrer l'inconnu, diminuer la pression de performance, préparer au fait qu'elles n'auront pas de contrôle sur certaines choses, offrir des outils de préparation [p. ex., visualisation guidée, lectures, etc.])	<p>« La visualisation c'est un très bon outil pour aider les femmes à se réapproprier leur accouchement, à visualiser, à se l'approprier, à se préparer. » (Participante 4)</p> <p>« J'aurais aimé ça qu'on me (dise) [...] que j'allais être capable, qu'il n'y a pas de bons ou de moins bons accouchements, que l'accouchement n'est pas une performance. Ça, ça m'aurait vraiment fait du bien. » (Participante 11)</p> <p>« Tout l'aspect très théorique, moi, ça me rassurait bien gros de lire des livres sur justement le développement du bébé, l'accouchement. » (Participante 11)</p> <p>« Je pense que de me faire dire "Écoute, tu ne seras jamais assez préparée pour accoucher." Je pense que ça remet un peu en perspective le fait que tu n'as pas de contrôle. Oui tu t'en vas accoucher, oui c'est toi qui vas accoucher, mais tu ne contrôleras rien. » (Participante 5)</p>
2. Gestion des ressources	
2.1 Valoriser leur savoir expérientiel (considérer les perceptions des femmes basées sur leur expérience pendant l'accouchement, considérer leurs expériences antérieures)	<p>« [...] quand tu as quelqu'un qui peut t'écouter, qui va faire un suivi en dehors des rencontres, qui va écouter quand tu dis que ton corps ne va pas... Ça aide à prévenir certains problèmes. » (Participante 1)</p>
2.2 Dépister la présence d'antécédents d'agression sexuelle (inscrire au dossier le vécu d'agression sexuelle)	<p>« Peut-être que ma gynécologue [...] elle transmet l'information aux médecins. [...] je ne sais pas comment ça peut se faire dans le concret du terrain, mais qu'elle transmette l'information à la médecin ou qu'il y ait une case, un avis dans le dossier [...] que ça reste discret là. » (Participante 2)</p>

**Tableau 5**

*Pratiques professionnelles favorisant le bien-être psychologique des femmes ayant vécu une agression sexuelle illustrées par des dimensions du travail d'équipe (suite)*

Dimension du travail d'équipe et sous-thème associé	Extrait(s) illustratif(s)
3. Collaboration/coopération	
3.1 Donner du contrôle (choisir la date de la césarienne, effectuer des interventions simples, éviter de leur imposer des décisions)	« J'étais fière d'avoir fait le travail seule. Et bien seule, je veux dire, il y avait quand même du monde pour m'accompagner, mais tu sais de, de vivre le, de vivre les contractions toute seule, de les gérer toute seule, d'être allé le chercher. » (Participant 3)
3.2 S'assurer que les femmes ne se sentent pas seules	« Est-ce que vous pourriez m'en dire un peu plus sur la façon que les infirmières avaient de la compassion, de quelle façon ça a pu contribuer à votre bien-être? Et bien, tu sais, c'est de sentir qu'on n'est pas toute seule. » (Participant 6)
3.3 Permettre aux accompagnateurs de jouer un rôle	« [...] j'étais très solide, j'avais mon monde avec moi, donc il n'y avait pas grand-chose [...] dans le sens que j'avais mon équipe avec moi. Ça a duré 24 heures en tout et partout et je n'ai jamais été ébranlée. Je l'aurais enduré un autre 24 heures là [...] mon moral était très très bon. » (Participant 7)
4. Communication	
4.1 Informer les femmes de leurs droits pendant l'accouchement	« De choisir mon gynécologue. Que j'avais des droits durant ma césarienne, que j'avais des droits durant mon accouchement, que, oui, j'avais le droit de changer d'idée, puis de dire oui à la péridurale. » (Participant 1)
4.2 Informer et expliquer les interventions médicales à effectuer	« [...] le fait que le médecin prenne la peine de dire "Ok là, vous allez ressentir ça, là je pousse, ok le bébé sort, là je..." tu sais, ça peut être bénin, mais pour moi ça me permettait de participer activement à la césarienne et de ne pas juste me sentir comme un objet qui subit, mais comme un sujet de mon accouchement. » (Participant 4) « Qu'il m'explique ce qu'il veut me faire, qu'il m'explique pourquoi il veut me le faire et qu'il me demande si je suis d'accord. Juste ça, ça change la perspective. » (Participant 4)

**Tableau 5**

*Pratiques professionnelles favorisant le bien-être psychologique des femmes ayant vécu une agression sexuelle illustrées par des dimensions du travail d'équipe (suite)*

Dimension du travail d'équipe et sous-thème associé	Extrait(s) illustratif(s)
4.3 S'informer et respecter les préférences et demandes	« La césarienne pour moi ça été de dire ok donc, je vais choisir [...] je veux que vous ne coupez pas le cordon ombilical avant une minute, ok je veux, tu sais, j'ai pu faire des demandes qui ont été acceptées » (Participante 4)
4.4 S'assurer du consentement libre et éclairé	« Je pense que j'aurais eu besoin de {soupir} de me faire offrir la chance de donner mon consentement. Et je pense que j'aurais eu besoin que les médecins, que les personnes dans le fond qui sont en charge de la maman soient plus respectueux. Et tu sais, le respect, ce n'est pas juste d'être poli, c'est d'être, je veux dire de, de vraiment expliquer, d'être doux, de ne pas imposer et d'expliquer. [...] oui, il faut qu'ils regardent le col, dans un contexte hospitalier surtout, ils ont des procédures à suivre et ça, je le comprends, mais ils peuvent le faire plus doucement et avec vraiment une approche plus centrée sur le consentement. » (Participante 6) « Juste le fait qu'elle me l'ait demandé aussi là, ça fait pour beaucoup » (Participante 3)
4.5 Être transparent sur la possibilité d'erreur médicale	« [...] après ça, elle (médecin) a eu peur de, d'avoir cousu dans ma vessie, donc il a fallu qu'ils me rentrent une caméra à l'intérieur après l'accouchement, ça fait que ça été quand même douloureux. Mais, tu sais, elle a été vraiment été... <i>awesome</i> là je ne sais pas comment le dire là, mais elle a vraiment été une perle. Elle m'a tout expliqué et, après ça, elle est venue dans ma chambre pendant 3h de temps, pour être sûre que j'allais bien et discuter avec moi et voir mon bébé. » (Participante 1)
5. Soutien psychologique	
5.1 Endosser une attitude bienveillante (compréhension, compassion, empathie, écoute, chaleur, respect, douceur, humanisme)	« Généralement les gens qui sont à l'écoute. Souvent, et bien c'est les infirmières. C'est les infirmières qui sont à l'écoute de tes craintes » (Participante 5)

**Tableau 5**

*Pratiques professionnelles favorisant le bien-être psychologique des femmes ayant vécu une agression sexuelle illustrées par des dimensions du travail d'équipe (suite)*

Dimension du travail d'équipe et sous-thème associé	Extrait(s) illustratif(s)
5.2 Encourager, rassurer, normaliser les émotions et les sensations et offrir un espace pour parler	<p>« Les infirmières, par contre, ont été vraiment très douces là, très gentilles, très rassurantes. » (Participante 11)</p> <p>« Quelqu'un qui est doux, tu sais va, va m'aider à rester dans la bulle là. [En parlant d'une infirmière présente à ses accouchements] elle ne parlait vraiment pas fort, elle me flattait le dos avant de me dire les soins qu'elle allait me faire [...] ça gardait mon état d'esprit. » (Participante 3)</p> <p>« Je pense que c'est vraiment, il faut, il faut remettre de l'humanité dans les soins de santé là, peu importe le vécu de la personne » (Participante 6)</p> <p>« Ce sont les infirmières qui sont à l'écoute de tes craintes, tu sais, qui vont être là et qui vont te dire "vas-y, tu es capable". Les, l'encouragement, la petite claque dans le dos que des fois, que tu as besoin là. » (Participante 5)</p> <p>« L'infirmière venait souvent me voir pour savoir comment j'allais, puis m'expliquer qu'est-ce que c'étaient des choses qui arrivaient, et que c'était normal. C'était tout le temps de normaliser les choses aussi là. [...] C'est vraiment c'est de, de faire sentir que, malgré les, tu sais, qu'il n'y a pas un accouchement, il n'y a pas un enfant pareil et que tout va bien aller. » (Participante 6)</p>
5.3 Adopter une approche centrée sur l'expérience humaine, de caring (penser et s'informer de ses besoins, considérer la femme, offrir différentes options pour gérer la douleur)	<p>« Tu sais, ils (les infirmiers) vont mettre la main sur le bras, des, des beaux sourires, puis ils vont, dans le fond, ils ont été vraiment centrés sur la relation d'aide et non pas sur le point de vue médical » (Participante 6)</p> <p>« Je dirais que ce qui m'a le plus aidé... en fait, j'ai, j'ai pas mal un élément, c'était les infirmières sur place. Souvent elles ont plus de temps... et elles sont plus, sont beaucoup plus dans la compassion, plus une approche centrée sur la maman que sur le bébé [...] elles ont été vraiment centrées sur la relation d'aide et non pas sur le point de vue médical » (Participante 6)</p>

**Tableau 5**

*Pratiques professionnelles favorisant le bien-être psychologique des femmes ayant vécu une agression sexuelle illustrées par des dimensions du travail d'équipe (suite)*

Dimension du travail d'équipe et sous-thème associé	Extrait(s) illustratif(s)
5.4 Garantir un environnement calme et collaboratif (assurer une présence soutenue, prévenir la femme des professionnel·les présent·es)	« Les infirmières passaient régulièrement dans la chambre juste pour savoir comment que ça allait, si le mal était bon, si j'avais besoin de quelque chose... Ça, je pense que ça été, très aidant. » (Participante 2) « S'asseoir avec moi, de savoir comment ça va, si j'ai besoin de quoi que ce soit » (Participante 6) « Je sentais que ce n'était pas, oui c'est leur travail, sauf qu'on sentait qu'il y avait un réel intérêt et qu'ils (les infirmiers) veulent que les mamans se sentent bien là! » (Participante 6) « Les infirmières sont, tu sais, elles vont vraiment prendre le temps de jaser, prendre le temps de savoir comment on se sent, puis prendre le temps aussi de, de s'occuper de la maman aussi la » (Participante 6)
5.5 Favoriser la transition vers le rôle de mère et l'acceptation de l'accouchement antérieur	« De ne pas changer, de ne pas changer comme ça de personnel, ça m'avait vraiment sécurisé. » (Participante 9) « Elles (sages-femmes) prennent le temps de poser des questions, surtout sur les défis, sur l'émotion ou sur plein de trucs. C'est vraiment très approfondi comme approche. Je me sentais vraiment en confiance [...] ça m'a tellement aidé pour accepter l'accouchement et pour favoriser l'accouchement (suivant aussi là. » (Participante 10)
6. Gestion des divergences	
6.1 Éviter la retraumatisation (être attentif aux signes non verbaux d'un malaise, limiter les touchers vaginaux, ne pas attacher, éviter les interventions lorsqu'elle dort)	« Je pense qu'à mon premier, si on m'avait réveillée comme il le faut avant de faire les soins, qu'on avait plus expliqués en douceur, au lieu de tout faire rapidement, ça aurait grandement aidé à ce que mon accouchement se déroule mieux pour moi là. » (Participante 3)

**Tableau 5**

*Pratiques professionnelles favorisant le bien-être psychologique des femmes ayant vécu une agression sexuelle illustrées par des dimensions du travail d'équipe (suite)*

Dimension du travail d'équipe et sous-thème associé	Extrait(s) illustratif(s)
6.2 Respecter sa bulle et son intimité; limiter le personnel dans la chambre	« Elles (les infirmières) n'étaient pas tout le temps-là, à être là et à me tanner. Toi t'as ton moment d'intimité » (Participante 5)
6.3 Permettre à la mère de voir son enfant rapidement	« Elle (médecin) a monté le bébé en haut du rideau pour que je le voie au moins 30 secondes, s'il avait de quoi. Et puis, j'ai pu avoir mon bébé sur mon visage, collé, pendant quelques instants. » (Participante 1)
7. Soutien à l'innovation/adaptation	
7.1 Ajuster le suivi post-accouchement selon la multiparité dont offrir et ajuster le soutien pour l'allaitement	« Comme c'était mon quatrième bébé, je vous dirais que, moi, on m'a pas mal laissée, on m'a pas mal laissée lousse là. [...] J'ai dit : "Je pense que je sais pas mal où je m'enligne haha." » (Participante 5) « Le bébé était en hypoglycémie, mais, on a réussi à la stabiliser [...] on a vraiment pédalé fort pour mettre l'allaitement tout de suite [...] parce que le bébé était tout petit et qu'elle ne comprenait pas ce qu'il fallait faire. L'hôpital m'a vraiment aidé à ce niveau-là, les infirmières étaient géniales » (Participante 4)

Certaines ont ensuite apprécié qu'on les informe des répercussions possibles des AS sur l'expérience d'accouchement. Ceci leur offrait la possibilité de se préparer à l'accouchement en tenant compte de ces risques, plutôt que d'en être happées durant l'accouchement. Soulignant la délicatesse avec laquelle ces informations devraient être partagées, des participantes ont trouvé aidant qu'elles soient communiquées sans dramatiser ni généraliser. Les accompagner de stratégies pour composer avec ces répercussions potentielles si elles se présentaient, telles qu'une référence vers des ressources adaptées, fut également apprécié, comme l'illustre une participante : « Le simple fait de savoir qu'il y a des risques et qu'elle [obstétricienne] me donne la solution plutôt que de me parler du problème, moi, ça m'a aidée, parce que j'ai pris la solution, et je n'ai pas "focussé" sur les problèmes » (Participante 4). Ensuite, l'établissement d'un plan de naissance documentant les préférences des patientes était identifié comme favorable à leur bien-être. Celles-ci ont jugé bénéfique qu'on les informe de la possibilité que le plan doive être révisé durant l'accouchement, et, le cas échéant, d'avoir senti que le personnel soignant déployait des efforts pour le respecter malgré les ajustements nécessaires. Enfin, plusieurs autres interventions réalisées durant la grossesse et permettant d'ouvrir les perspectives des participantes face à l'accouchement ont pu renforcer leur bien-être lors de cet événement. Les femmes ont apprécié qu'on tente de réduire la pression de performance liée à l'accouchement, qu'on les aide à apprivoiser l'idée qu'on ne peut pas tout contrôler lors de celui-ci, et qu'on les prépare à cette incertitude en identifiant des alternatives en cas d'obstacle et en fournissant plus d'informations, surtout aux primipares, pour dissiper les appréhensions liées à l'inconnu.

### **Gestion des ressources**

La deuxième dimension de « Faire équipe » concerne le besoin des femmes que les professionnel·les leur fassent sentir que le processus d'accouchement était maîtrisé, tout en reconnaissant et valorisant leur expertise personnelle. Ressentir que le personnel soignant était compétent et en contrôle et qu'il considérait que leurs savoirs expérientiels (expérience de vie, dont les AS et expérience d'accouchements antérieurs) favorisaient la confiance des femmes, leur sentiment de sécurité et, donc, leur bien-être psychologique lors de l'accouchement. À cet effet, certaines participantes ont exprimé le désir que les professionnel·les vérifient, lorsqu'approprié, la présence d'un vécu d'AS, afin de tenir compte de leurs craintes et besoins spécifiques et de pouvoir s'y ajuster pour qu'elles se sentent bien durant l'accouchement. D'autres ont toutefois exprimé préférer qu'on ne leur pose pas la question directement. Un questionnement indirect, proposé par une participante de l'étude, apparaît concilier ces préférences contradictoires chez les participantes ayant vécu une AS, tout en considérant ce vécu expérientiel : « [...] pas nécessairement de dire : "As-tu vécu un viol?", mais d'aller passer plus par les "Il y aura des touchers, est-ce que c'est quelque chose qui te pose un problème?" » (Participante 7). La confiance des femmes pendant l'accouchement augmentait alors lorsque le personnel les traitait comme des expertes de leur corps, leur permettant ainsi d'influencer le cours de l'accouchement.

### **Collaboration/coopération**

Le soutien du bien-être psychologique au cours de l'accouchement des patientes ayant vécu une AS comprenait également les pratiques permettant l'implication de toutes les

personnes présentes (les femmes elles-mêmes, leurs accompagnateurs·rices et les professionnel·les). Pour les participantes, cette dimension se traduisait de manière explicite lorsque les professionnel·les leur donnaient du contrôle, comme en leur laissant la possibilité de faire des choix, d'effectuer des interventions simples et en évitant de leur imposer des décisions. Les extraits suivants illustrent les bienfaits de ces pratiques : « [...] choisir l'heure de ma césarienne [...] ça l'air idiot dit de même, mais ça m'a vraiment permis de reprendre du pouvoir sur mon accouchement » (Participante 4) et, en référence à la participation à la sortie du bébé, « J'étais fière d'avoir fait le travail seule. Et bien seule, je veux dire, il y avait quand même du monde pour m'accompagner, mais tu sais de vivre les contractions toute seule, de les gérer toute seule, d'être allée le chercher » (Participante 3). Les professionnel·les pouvaient également soutenir la collaboration en incluant les accompagnateurs des patientes et en leur permettant de jouer un rôle actif durant l'accouchement. L'inclusion des accompagnateurs fournissait aux femmes un soutien de la part de personnes de confiance et leur permettait de construire avec celles-ci leur propre récit de ce moment significatif : « [...] moi j'avais quatre accompagnateurs et les quatre ont pu rester avec moi. Donc ça, ça a été vraiment bénéfique dans mon accouchement [...] Tu sais, on était une équipe, chacun avait son rôle dans mon accouchement [...] et c'était tous des rôles importants pour moi » (Participante 7).

### **Communication**

La communication est apparue comme une dimension centrale pour le soutien du bien-être des participantes lors de l'accouchement. Il inclut des sous-thèmes référant à un

flux mutuel de partage d'informations et de messages importants pour le bon déroulement de l'accouchement, impliquant ultimement que les femmes aient la possibilité de consentir librement et de façon éclairée aux interventions réalisées. Être informées de leurs droits face à l'accouchement (ex., le droit de refuser une intervention, le droit de choisir les positions d'accouchement) est ressortis comme un élément assurant leur confort psychologique, puisque le pouvoir d'agir associé pouvait contrebalancer l'impuissance parfois inhérente au processus d'accouchement : « C'est important de rappeler aux femmes qu'elles ont un pouvoir décisionnel, un pouvoir sur ce qui leur arrive, même dans un contexte comme celui-là » (Participante 6). Néanmoins, les propos d'une participante suggèrent que de connaître ses droits ne garantissait pas d'être en mesure de communiquer ses préférences : « Je savais que je pouvais dire non à des procédures médicales, je savais plein d'affaires, mais on dirait que ça ne m'a pas tant aidée de savoir tout ça. Je suis contente de les avoir eues, ça a été apaisant, mais... Je ne sais pas ... » (Participante 11). Par conséquent, la capacité des professionnel·les à saisir les messages non verbaux advenant des difficultés d'affirmation chez les femmes a été soulevée comme primordiale, tant pour leur bien-être que pour prévenir la retraumatisation : « De prendre le temps d'écouter, d'écouter pas simplement les mots, mais le non verbal aussi. Parce que, parfois, on ne parle pas [...] J'ai vraiment intériorisé ce que je ressentais et comment j'étais mal. Je ne l'ai pas dit [...] j'ai vécu ces expériences-là de manière quasi traumatique » (participante 6). Une autre approche pour aider les femmes à se sentir sereines lors de la naissance de leur enfant était de les informer des interventions à réaliser avant qu'elles ne le soient, d'expliquer en quoi elles consistent et de demander leur consentement

systématiquement : « [...] de poser des questions : Êtes-vous à l'aise si on fait ça? Je fais ça pour... ». Expliquer la procédure et le pourquoi « [...] agir de manière à ce que la femme comprenne qu'elle est au cœur et que c'est [elle] la préoccupation. Qu'elle soit confortable dans ça et qu'elle comprenne ce qu'il se passe » (Participante 11). Être invitées à dire leurs préférences et à donner leur accord permettait donc aux femmes de revendiquer leurs droits sans devoir en prendre l'initiative. Cette approche favorisait leur sentiment de maîtrise sur les événements et leur permettait d'être : « [...] plus confiante, t'es plus à l'aise, tu sais que ça va mieux aller, t'es plus capable de recevoir ton bébé dans un état plus serein que de peur » (Participante 1). Finalement, la transparence du personnel soignant dans la communication, notamment quant aux complications possibles et erreurs médicales survenues, a été soulignée comme bénéfique à la relation de confiance, et donc, au bien-être des femmes, malgré les préoccupations qu'elles peuvent engendrer.

### **Soutien psychologique**

Les sous-thèmes liés au soutien psychologique réfèrent explicitement à l'attitude et à la posture que les participantes souhaitaient chez les membres du personnel qui participaient à leur accouchement pour favoriser leur bien-être. Se sentir considérée en tant que personne, plutôt qu'en tant que cas médical, a été exprimé à maintes reprises par les participantes. Elles ont affirmé avec force la nécessité, pour leur quiétude durant l'accouchement, que les soins obstétricaux soient offerts avec une approche humaniste, prenant en compte et s'ajustant à leurs émotions et perceptions. Plusieurs ont d'ailleurs nommé le rôle central des infirmières et infirmiers dans l'humanisation des soins.

L'approche de soutien désirée se traduisait par l'adoption d'une attitude bienveillante empreinte de compréhension, de compassion, de chaleur, de respect, et de douceur. Plus concrètement, les participantes valorisaient un éventail d'habiletés à la communication et d'interventions associées à la relation d'aide, telles que l'écoute active, les encouragements, la normalisation des émotions et sensations, ainsi que la réassurance. Une participante a apprécié le soutien d'une infirmière : « Oui ça va faire mal, mais écoute, je vais être là et je vais prendre soin de toi » (Participante 5). Une autre participante a mis en lumière le bienfait de la normalisation pour elle : « La première fois, tu sais, j'étais dans l'inconnu complètement. Elles (les infirmières) m'ont fait sentir que c'était normal que je me sente perdue, qu'il n'y avait rien d'anormal là-dedans et j'étais une bonne maman même si je me sentais un peu dépassée » (Participante 6). L'approche de « caring », c'est-à-dire, de prendre soin et d'être centré sur le bien-être des patientes, a également été soulignée comme grandement bénéfique durant l'accouchement. Les participantes se sentaient mieux quand on se préoccupait de leur confort personnel, au-delà de leur fonction de donner naissance. Ceci se manifestait notamment lorsqu'on s'informait de leurs besoins, en allant parfois même au-devant de ceux-ci : « Les trois fois elles ont été super compréhensives (les infirmières), elles m'ont mis un petit panneau sur ma porte pour que personne ne me dérange et elles attendaient que, que je sonne pour venir me voir. C'était toujours avec un gros pichet d'eau fraîche et tu sais : “As-tu besoin de quelque chose?” Vraiment je me sentais comme si elles prenaient soin de moi pour vrai » (Participante 6). Leur bien-être était appuyé également lorsque les professionnel·les faisaient sentir aux femmes que leur accouchement était important pour eux, ce qui

générait, chez elles, un réel sentiment d'être accompagnées, de ne pas être seules. Garantir un environnement calme et sécuritaire en les prévenant, par exemple, du personnel qui serait présent dans la salle d'accouchement renforçait également ce soutien. Enfin, la possibilité d'évoquer leurs accouchements antérieurs et leurs états émotionnels s'est avérée bienfaisante pour le bien-être des femmes. Le soutien psychologique favorisait ainsi l'émergence d'un contexte plus serein entourant la venue de leur nouvel enfant et facilitait l'acceptation de leur vécu et la transition vers leur rôle de mère. Ceci met en lumière l'importance de l'accompagnement émotionnel pendant l'accouchement.

### **Gestion des divergences**

Lors de leurs expériences d'accouchement, les participantes ont noté des divergences entre leurs besoins/désirs et les pratiques privilégiées par les professionnel·les. Ainsi, pour elles, une reconnaissance et une sensibilité des professionnel·les quant à l'antagonisme potentiel entre leurs objectifs de soins et les besoins spécifiques des patientes étaient nécessaires. Cela impliquait la capacité à identifier comment certaines interventions pouvaient représenter des déclencheurs traumatiques pour les femmes ayant vécu une AS. Les participantes appréciaient lorsque les membres du personnel abordaient directement cette dysharmonie avec elles et qu'ils proposaient des compromis permettant d'éviter que les interventions les (re)traumatisent. Elles ont notamment identifié que leur bien-être pouvait être renforcé lorsqu'ils pensaient à limiter le nombre de touchers vaginaux et de personnels dans la salle d'accouchement, ainsi que lorsqu'ils posaient des actions en vue de protéger leur intimité physique, émotionnelle et relationnelle avec leur conjoint et leur

nouveau-né. Les interventions et soins réalisés lorsqu'elles dormaient ou l'utilisation de mesures de contention (physique ou chimique) étaient à proscrire. À cet effet, une participante, qui avait été attachée lors de son premier accouchement, a rapporté les bienfaits de ne pas recourir à une mesure de contention et, ultimement, du respect de son agentivité corporelle, sur son sentiment de sécurité lors d'un accouchement subséquent :

« Ils ne m'ont pas attaché les mains parce que j'ai demandé à ne pas être attachée et ils m'ont expliqué que ça se pouvait que j'aie une réaction de panique, parce que le corps réagit quand même fortement. J'ai dit "d'accord, maintenant je vais être prévenue, je vais être préparée, je vous promets que je ne me débattrai pas pendant la césarienne." Ça m'a permis d'être détendue, d'être confiante, ça m'a permis d'avoir un bon souvenir, en fait, de ne pas craindre aussi. Et puis je pense que ça m'a permis d'avoir un meilleur lien avec ma fille quand qu'elle est née » (Participante 4). Les participantes appréciaient également que les professionnel·les proposent un compromis afin qu'elles puissent voir leur enfant rapidement après sa naissance, même lorsqu'il y avait des interventions à effectuer auprès de lui. Ceci les rassurait et accentuait leur bien-être via le renforcement du lien avec leur enfant. En somme, le thème de la gestion des divergences semble grandement lié à ceux de la Communication et de Soutien psychologique, puisqu'il implique un échange ouvert et l'expression d'une préoccupation authentique face aux besoins des femmes, ce qui facilite la négociation de compromis.

### **Soutien à l'innovation**

La dernière dimension de « Faire équipe » renvoie à l'ouverture du personnel soignant à réviser les pratiques et à en implanter de nouvelles tout au long de la période périnatale. La survenue de divergences entre les intérêts des professionnel·les et des participantes durant l'accouchement, telle qu'abordée lors du précédent thème, peut agir comme catalyseur de nouvelles pratiques ou approches (ex., adopter une approche sensible aux traumatismes sexuels). Ceci peut s'observer également lors du suivi post-accouchement. Une participante a souligné comment le fait d'ajuster les recommandations liées à l'allaitement en fonction de sa situation de parité et de son expérience antérieure a participé à son bien-être à la suite de la naissance de son enfant. Le thème du soutien à l'innovation dans les pratiques périnatales illustre la nécessité que le personnel soignant s'informe, se remette en question et tente de nouvelles avenues pour offrir des pratiques plus sensibles aux besoins uniques et spécifiques de ces patientes.

### **Discussion**

Cette étude a permis d'explorer la perception de femmes ayant vécu des agressions sexuelles dans leur vie, quant aux pratiques professionnelles susceptibles de contribuer à leur bien-être psychologique durant l'accouchement. À notre connaissance, il s'agit de la première étude québécoise à s'intéresser à la contribution positive du personnel en périnatalité à la quiétude psychologique des survivant·es d'AS, lors de l'accouchement. La visée novatrice de l'étude converge avec les lignes directrices de l'Organisation mondiale de santé (OMS) en matière de soins intrapartum, qui incitent à la promotion de

l'épanouissement et de l'atteinte du plein potentiel en matière de soins et de bien-être pour les personnes qui accouchent (OMS, 2018). La vision de l'OMS, tout comme les résultats de l'étude, repose sur une perception holistique de l'expérience de l'accouchement, comprenant les dimensions physiologiques, psychologiques, sociales et temporelles de l'accouchement. De fait, bien que les entretiens aient porté sur les pratiques durant l'accouchement (de l'arrivée des femmes à l'hôpital jusqu'à leur départ), les participantes ont mis en lumière l'influence significative des pratiques antérieures à l'accouchement, notamment celles lors du suivi de grossesse, sur leur bien-être durant celui-ci. Il apparaît donc essentiel que l'accouchement soit compris comme une expérience unique et complexe s'inscrivant dans un continuum de soins, où toutes les interventions et tous affects vécus, de la grossesse au moment où les nouveaux parents quittent le milieu de naissance, influencent la trace laissée par l'accouchement et la perception de bien-être qui y est associée. Par exemple, les participantes ayant été informées d'anomalies possibles chez leur fœtus durant leur grossesse ont exprimé un besoin supplémentaire de réassurance durant leur accouchement, puisqu'elles anticipaient fortement la rencontre avec leur bébé. Les résultats de l'étude permettent également d'identifier ce qui est essentiel pour les survivant·es d'AS en termes d'accompagnement, pour vivre un accouchement serein et éviter la (re)traumatisation.

### **La relation entre professionnel·les et patientèle**

À travers la métaphore « Faire équipe » et les sept dimensions du travail d'équipe de Rousseau et al. (2006), les attitudes et pratiques professionnelles appréciées par les

participantes mettent en exergue un élément central à l'expérience d'accouchement : l'établissement d'une relation de confiance entre les professionnel·les et leurs patientes. Un des piliers fondamentaux sur lesquelles la construction de cette relation repose figure l'adoption d'une approche humaniste durant les épisodes de soins. Cette approche repose, selon les propos de l'ensemble des participantes, sur l'importance d'être considérées comme des personnes à part entière, avec des besoins légitimes, une volonté propre et un pouvoir d'agir. La manifestation de compétences en relation d'aide des professionnel·les, par l'écoute active, l'expression d'une bienveillance et par une posture de respect, facilite la création de cette relation de confiance et le sentiment d'être considérées chez les femmes. Cette approche influençait davantage leur vécu expérientiel lié à l'accouchement que son déroulement sur le plan médical. Or, cette considération peut éviter de faire écho aux sentiments d'indignité pouvant être générés par les agressions sexuelles (Vidal & Petrack, 2007) ou par d'autres types de traumatisme (Tremblay et al., 2024). Ces résultats s'arriment avec les standards de pratiques infirmières en périnatalité au Canada, qui valorisent les soins relationnels centrés sur la personne, empreints d'empathie et de soutien (Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes, 2018). Sur le plan empirique, les compétences en communication interpersonnelle du personnel infirmier ont été notées comme significativement associées aux perceptions des patientes sur la qualité des soins reçus (Mohammed & Adea, 2022). Or, l'étude de Koç et Oğlak (2025) rapporte que plus les mères perçoivent recevoir des soins respectueux, plus leurs scores de perception d'un accouchement traumatique et les symptômes associés sont faibles. D'autres enjeux de santé maternelle (ex., complications

obstétricales, développement d'un trouble mental) ont également été étroitement liés à la perception d'avoir reçu des soins périnataux centrés sur la personne (Sudhinaraset et al., 2021). Les bénéfices de cette approche sont d'autant plus significatifs que, comme mentionné par une participante à la présente étude, elle contribuait à sa disponibilité émotionnelle après l'accouchement ainsi qu'au sentiment de connexion qu'elle a pu nouer avec son bébé à la naissance.

### **L'individualisation des soins**

Les résultats ont aussi mis en lumière le souhait des femmes ayant vécu une agression sexuelle que les soins périnataux offerts soient adaptés à leur passé traumatique, mais en considérant leur unicité. Ce besoin de personnalisation des soins concorde avec les résultats de l'étude de Seng et collaborateurs (2002), qui a illustré l'hétérogénéité des profils et des besoins de survivantes d'AS dans le cadre des soins périnataux. Dans la présente étude, alors que certaines femmes désiraient qu'on s'informe de leur passé traumatique et qu'on inscrive l'information à leur dossier, d'autres ont souligné une augmentation de leur sentiment de vulnérabilité durant l'accouchement à l'idée d'être perçues comme une victime. L'utilisation d'une approche sensible aux traumatismes avec tous·tes les patient·es, indépendamment du dévoilement d'un vécu traumatique, permettrait de contourner cet enjeu tout en assurant un environnement sécuritaire et sensible pour toutes (Owens et al., 2022). Ce type d'approche, promulguée par la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) au tournant des années 2000 aux États-Unis, vise à assurer la sécurité physique et émotionnelle des

personnes lors des soins afin de diminuer les risques de (re)traumatisation. Elle est basée sur la reconnaissance qu'une proportion importante de personnes desservies par les institutions peut avoir des antécédents traumatiques, et que les soins offerts sont susceptibles de réactiver ces traumatismes. Les résultats de l'étude font écho aux principes de cette approche, soit l'importance de la confiance et de la transparence dans la relation, de faire du choix individuel et du contrôle une priorité, de partager le pouvoir avec les patient·es et de respecter leur histoire personnelle (personnalisation des soins) lors des épisodes de soins (SAMHSA, 2014). Enfin, l'approche sensible aux traumatismes s'arrime également avec la vision du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ), qui vise notamment la mobilisation de pratiques innovantes soutenant le pouvoir d'agir des individus et l'optimisation des expériences de soins (RRISIQ, 2025).

Le Tableau 6 synthétise l'ensemble des recommandations sur le plan clinique et de la formation issues des préférences identifiées par les participantes. Ces recommandations pouvant être suivies par tous·tes les professionnel·les ont été adaptées à la pratique infirmière.

**Tableau 6**

*Synthèse des recommandations découlant des résultats de l'étude pour la pratique infirmière en périnatalité afin de soutenir le bien-être des survivantes d'agression sexuelle, lors de l'accouchement*

Dimension	Recommandations cliniques	Recommandations liées à la formation en sciences infirmières
Planification de l'accouchement	Lors de la grossesse, accorder autant d'importance à la préparation psychologique à l'accouchement qu'aux aspects médicaux, en offrant un espace de discussion sur ce qui préoccupe la personne face à celui-ci.	Informar les personnes étudiantes de la façon dont les agressions sexuelles peuvent affecter la grossesse, l'accouchement et la période post-partum.
Gestion des ressources humaines	Durant l'accouchement, s'informer de la façon dont ses expériences de vie peuvent affecter son bien-être psychologique et physique durant les soins, et discuter des aménagements qui peuvent être faits pour répondre à ses besoins.	Soutenir la réflexion des personnes étudiantes quant à leurs propres histoires traumatiques et aux manières concrètes dont celles-ci influencent leur pratique professionnelle et leur sensibilité face aux familles.
Collaboration	Offrir l'occasion à la femme et à ses accompagnateurs de faire des choix en lien avec l'accouchement.	Permettre le développement de compétences dans l'accompagnement des femmes et des personnes qui les accompagnent durant les épisodes de soins périnataux.
Communication	Avant chaque examen et soin, expliquer clairement pourquoi il est recommandé, expliquer son déroulement et demander explicitement le consentement.	Former à la reconnaissance des signes de détresse et à la gestion des déclencheurs traumatiques lors de la période périnatale.
Soutien psychologique	Adopter une attitude et des propos qui aident à la régulation psychophysiologique durant l'accouchement.	Favoriser le développement de compétences relationnelles et d'habiletés à la communication empathique.
Gestion des divergences	Proposer des stratégies pour résoudre la tension entre la culture des soins obstétricaux, souvent peu sensible à la pudeur et à l'intimité corporelle, et les valeurs culturelles québécoises, afin d'éviter de susciter un sentiment de vulnérabilité lors de l'accouchement (p. ex., limiter les examens intrusifs).	Sensibiliser les personnes étudiantes à la tension existante entre la culture des soins obstétricaux et les besoins psychologiques des femmes et de leurs accompagnateurs.

**Tableau 6**

*Synthèse des recommandations découlant des résultats de l'étude pour la pratique infirmière en périnatalité afin de soutenir le bien-être des survivantes d'agression sexuelle, lors de l'accouchement (suite)*

Dimension	Recommandations cliniques	Recommandations liées à la formation en sciences infirmières
Soutien à l'innovation	Considérer chaque femme qui accouche comme pouvant avoir été exposée à une agression sexuelle et s'efforcer de créer un environnement de soins sécurisant pour chacune d'elles.	S'assurer que l'approche sensible aux traumatismes et ses principes soient enseignés tant sous l'angle de la protection des personnes desservies que de celle du personnel soignant.

### **Limite de l'étude et autres considérations, dont celle liée aux violences obstétricales**

Les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière de certaines limites et considérations. Une limite concerne l'homogénéité des personnes composant l'échantillon en termes d'ethnicité et de choix de partenaire (masculin exclusivement). Des préférences distinctes ou additionnelles quant aux pratiques professionnelles soutenant le bien-être lors de l'accouchement auraient pu être identifiées par un échantillon plus diversifié (p. ex., la prise en compte de la culture, voir Tremblay et al., 2024). De plus, l'échantillon était composé uniquement de femmes qui considéraient avoir vécu une agression sexuelle dans leur vie. Comme plus de la moitié des femmes ne reconnaissent pas avoir vécu une agression sexuelle bien que leur expérience corresponde à la définition légale (Wilson & Miller, 2016), les préférences de ces femmes en termes d'accompagnement lors de l'accouchement auraient pu différer. Par ailleurs, bien que le recrutement à l'étude n'interpellait pas spécifiquement les femmes ayant vécu des expériences d'accouchement difficiles, la majorité des participantes ( $n = 10$ ) ont fait état de récits s'y apparentant et

plusieurs ont rapporté avoir vécu des violences obstétricales. Ces violences peuvent être définies comme des soins déshumanisés marqués par un manque de respect, des abus et mauvais traitements infligés aux patient·es (Bohren et al., 2015). Le manque d'accès à des analgésiants, des demandes de soins ignorés, de la violence verbale ou physique de la part des professionnels sont des exemples de violences obstétricales. Ces observations ne sont pas surprenantes étant donné, d'une part, le lien observé entre les agressions sexuelles et l'accouchement traumatique dans la littérature (Verreault et al., 2012; Zambaldi et al., 2016), et, d'autre part, que près de la moitié des femmes provenant de pays à revenus élevés ont été exposées à des violences obstétricales au cours de leur vie (Fraser et al., 2025). Ces vécus ont pu teinter le type d'accompagnement souhaité par les participantes, en reflétant de fortes attentes en matière de consentement, de sécurité émotionnelle et de la prévention de la reviviscence des traumatismes. Néanmoins, la transférabilité des résultats ne semble pas affectée par cette perspective, puisque ces derniers sont cohérents avec ceux des études portant sur les situations et pratiques périnatales vécues comme problématiques par des femmes ayant des antécédents d'agressions sexuelles (Gordon et al., 2025; LoGiudice, 2017; Montgomery, 2013). Dans un autre ordre d'idées, l'étude n'ayant pas sondé le point de vue des professionnel·les, il apparaît essentiel d'explorer comment leur contexte d'exercice et leurs obligations professionnelles peuvent s'arrimer aux préférences rapportées par les participantes. Par exemple, malgré la volonté des membres du personnel soignant d'arrimer leurs pratiques aux préférences rapportées, ceux-ci peuvent se buter à des contraintes systémiques et organisationnelles exerçant une influence déterminante sur leur développement professionnel (p. ex., temps associé aux

tâches administratives limitant le temps avec les patient·es, le manque d'actualisation du contenu des formations, le manque de financement pour les formations, etc.) (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021). Enfin, bien que de nombreuses études ont appuyé le risque de (re)traumatisation pour cette population lors de l'accouchement, très peu d'initiatives concrètes ont vu le jour au Québec comme ailleurs (Montgomery & Duckworth, 2025). Il semble donc nécessaire de mieux comprendre les facteurs explicatifs de cette inertie clinique en contexte périnatal. Une avenue qui nous semble intéressante est d'adopter une approche globale ciblant à la fois les freins individuels et systémiques à l'instauration de pratiques sensibles aux traumatismes sexuels en périnatalité. L'étude porte sur une patientèle plus vulnérable : néanmoins, ce sont toutes les femmes qui bénéficieraient d'un changement de culture dans le modèle de soins périnataux au Québec.

### **Conclusion**

Cette recherche à devis qualitatif se démarque, puisqu'elle est, à notre connaissance, la première étude québécoise à s'intéresser à la perception des femmes ayant vécu une agression sexuelle sur la contribution du personnel soignant à leur bien-être, lors de l'accouchement au sein du système de santé québécois. À travers la métaphore « Faire équipe », l'étude souligne l'importance primordiale de considérer les femmes qui accouchent comme des partenaires égalitaires et d'encourager les professionnel·les à développer leurs capacités à nouer une relation de confiance avec elles. Les sept dimensions du travail d'équipe présentées n'engagent pas à offrir davantage de services en périnatalité, mais à les offrir autrement. L'étude suggère des pistes concrètes pour

guider les personnes cliniciennes vers une approche de soins plus sécuritaire psychologiquement pour les femmes ayant été exposées à des agressions sexuelles au cours de leur vie.

**Contribution des auteur·trices :** Maude Richard-Pouliot a réalisé les analyses et a rédigé l'article. Roxanne Lemieux a conceptualisé l'étude, supervisé l'ensemble des étapes du projet, participé aux analyses et à la rédaction de l'article. Carl Lacharité a contribué à la triangulation des résultats lors de l'analyse et a collaboré à la révision de l'article.

**Remerciements :** Nous remercions sincèrement les participantes pour leur confiance et leur générosité à partager leurs expériences sur un sujet aussi sensible. La qualité et la profondeur de leurs témoignages ont grandement enrichi cette étude. Nous remercions également Ève Nault-Livernoche d'avoir effectué les entretiens en favorisant un climat de sécurité pour les participantes, Nicolas Berthelot et Christine Drouin-Maziade pour leurs suggestions lors de la création du canevas d'entretien ainsi que Sarah-Ann Caron-Fortin pour son soutien à la révision du texte.

**Sources de financements :** « Les auteurs ont reçu un financement du ministère de la Justice du Québec pour mener le projet rapporté dans l'article ».

**Déclaration de conflits d'intérêts :** « Les auteurs déclarent qu'il n'y a aucun conflit d'intérêts ».

**Déclaration d'intelligence artificielle (IA) générative et de technologies assistées par**

**IA** : « Les auteurs déclarent qu'aucun outil d'IA générative et de technologies assistées par IA n'a été utilisé dans la création de cet article ».

**Numéro du certificat d'éthique : CER-19-259-07.33**

## Références

- Association canadienne des infirmières et infirmiers en périnatalité et en santé des femmes. (2018). *Standards de pratique de l'infirmière en périnatalité au Canada*. [https://capwhn.ca/wp-content/uploads/2020/09/Standards\\_de\\_pratique\\_CAPWHN.pdf](https://capwhn.ca/wp-content/uploads/2020/09/Standards_de_pratique_CAPWHN.pdf)
- Benyamini, Y., Delicate, A., Ayers, S., Dikmen-Yildiz, P., Gouni, O., Jonsdottir, S. S., Karlsdottir, S. I., Kömürcü Akik, B., Leinweber, J., Murphy-Tighe, S., Pajalic, Z., Riklikiene, O., & Limmer, C. M. (2024). Key dimensions of women's and their partners' experiences of childbirth: A systematic review of reviews of qualitative studies. *PLoS One*, *19*(3), 1-32. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299151>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic Review. *PLoS Medicine*, *12*(6), 1-32. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Brooks, J., & King, N. (2014). Doing template analysis: Evaluating an end-of-life care service. Dans *SAGE Research Methods Cases Part 1*. SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/978144627305013512755>
- Carpenter, J. (2008). Metaphors in qualitative research: shedding light or casting shadows? *Research in Nursing & Health*, *31*(3), 274-282 <https://doi.org/10.1002/nur.20253>
- Cotter, A., & Savage, L. (2019, 5 décembre). *La violence fondée sur le sexe et les comportements sexuels non désirés au Canada, 2018 : premiers résultats découlant de l'Enquête sur la sécurité dans les espaces publics et privés*. Gouvernement du Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00017-fra.htm>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Éds.). (2018). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. Dans *The Sage handbook of qualitative research* (5<sup>e</sup> éd., pp. 1-24). Sage.
- Fraser, L. K., Cano-Ibáñez, N., Amezcua-Prieto, C., Khan, K. S., Lamont, R. F., & Jørgensen, J. S. (2025). Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *104*(1), 13-28. <https://doi.org/10.1111/aogs.14962>

- Gordon, J., Hunter, A., Callanan, F., Kiely, C., & Grealish, A. (2025). An integrative review exploring women's experiences of retraumatization within perinatal services. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 70(1), 32-49. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13662>
- 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 Québec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(9), 631-636. <https://doi.org/10.1177/070674370905400908>
- Jain, V., Chari, R., Maslovitz, S., & Farine, D. (2016). Lignes directrices pour la prise en charge d'une patiente enceinte ayant subi un traumatisme. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC*, 38(Suppl. 12), S665-S687. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.070>
- Karlsdottir, S. I., & Leap, N. (2025). The importance of promoting positive childbirth experiences for women: A perspective paper. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, 1-6. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1599249>
- Karlström, A., Nystedt, A., & Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus group discussions with women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
- Koç, Ö., & Oğlak, S. C. (2025). The effect of respectful maternity care on the perception of traumatic birth among mothers in southern Türkiye. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07553-9>
- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Elkström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E., & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centred, inclusive definition of a traumatic childbirth experience: A discussion paper. *Birth*, 49(4), 687-696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- Leinweber, J., & Stramrood, C. (2024). Improving birth experiences and provider interactions: Expert opinion on critical links in maternity care. *European Journal of Midwifery*, 8(September), 1-8. <https://doi.org/10.18332/ejm/191742>
- LoGiudice J. A. (2017). 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>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2024). *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003708/>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2025). *Les rencontres prénatales de groupe. Cadre de référence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2024/24-918-06W.pdf>
- Mohammed, A. W., & Adea, M. K. (2022). Effect of nurses' interpersonal communication skills on quality of care in hospitals. *International Journal of Health Sciences*, 6(S3), 6947-6962. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS3.7609>
- Montgomery, E. (2013). Feeling safe: A metasynthesis of the maternity care needs of women who were sexually abused in childhood. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 40(2), 88-95. <https://doi.org/10.1111/birt.12043>
- Montgomery, E., & Duckworth, L. (2025). Perspectives on trauma-informed maternity care for those with a history of child sexual abuse. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, 1-5. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1597924>
- 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, 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0626-9>
- Neergaard, M. A., Olesen, F., Andersen, R. S., & Søndergaard, J. (2009). Qualitative description – the “poor cousin” of health research? *BMC Medical Research Methodology*, 9(1), 52-56. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-52>
- Nieuwenhuijze, M., Leahy-Warren, P., Healy, M., Aktaş, S., Aydin, R., Calleja-Agius, J., Goberna-Tricas, J., Hadjigeorgiou, E., Hartmann, K., Henriksen, L., Horsch, A., Lange, U., Murphy, M., Pierron, A., Schäfers, R., Pajalic, Z., Verhoeven, C., Ruiz Berdun, D., & Hossain, S. (2024). The impact of severe perinatal events on maternity-care providers: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10595-y>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021). *Rapport des commissaires sur les États généraux de la profession infirmière 2021 : reconnaître et transformer la pratique infirmière au Québec – Un changement porteur d'avenir* (PDF). <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943421/rapport-EG-2021.pdf>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2018, 7 février). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241550215>
- 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>

- Raposo, N. M., & Jürgens, C. Y. (2025). Nurses' role in the birth experience: An integrative review. *MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing*, 50(2), 99-106. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000001080>
- Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ). (2025). *Thématiques stratégiques*. <https://rrisq.com/fr/regroupements-strategiques-et-plateformes>
- Rousseau, V., Aubé, C., & Savoie, A. (2006). Le fonctionnement interne des équipes de travail : Conception et mesure [Internal functioning of work teams: Conception and measurement]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 38(2), 120-135. <https://doi.org/10.1037/cjbs2006002>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200008\)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g)
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing and Health*, 33(1), 77-84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Seng, J. S., Sparbel, K. J., Low, L. K., & Killion, C. (2002). Abuse-related posttraumatic stress and desired maternity-care practices: Women's perspectives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5), 360-370. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00284-2](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00284-2)
- Smorti, M., Ponti, L., Ghinassi, S., & Rapisardi, G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 142, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publ. No. SMA 14-4884). [https://coresonline.org/sites/default/files/documents/samhsas\\_concept\\_of\\_trauma\\_and\\_guidance\\_for\\_a\\_trauma-informed\\_approach.pdf](https://coresonline.org/sites/default/files/documents/samhsas_concept_of_trauma_and_guidance_for_a_trauma-informed_approach.pdf)
- Sudhinaraset, M., Landrian, A., Golub, G. M., Cotter, S. Y., & Afulani, P. A. (2021). Person-centered maternity care and postnatal health: Associations with maternal and newborn health outcomes. *AJOG Global Reports*, 1(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2021.100005>

- Tremblay, J., Leclerc, A.-M., Lemieux, R., Cleary, J., Weizineau, E., & Berthelot, N. (2024). Expérience de la grossesse et des soins périnataux chez les femmes des Premières Nations en milieu urbain. *Science of Nursing and Health Practices / Science infirmière et pratiques en santé*, 7(2), 34-50. <https://doi.org/10.62212/snahp-sips.111>
- Uddin, N., Ayers, S., Khine, R., & Webb, R. (2022). The perceived impact of birth trauma witnessed by maternity-health professionals: A systematic review. *Midwifery*, 114, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103460>
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010>
- Vidal, M. E., & Petrak, J. (2007). Shame and adult sexual assault: A study with a group of female survivors recruited from an East London population. *Sexual and Relationship Therapy*, 22(2), 159-171. <https://doi.org/10.1080/14681990600784143>
- Wilson, L. C., & Miller, K. E. (2016). Meta-analysis of the prevalence of unacknowledged rape. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(2), 149-159. <https://doi.org/10.1177/1524838015576391>
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Farias, J. V., Moraes, G. P., & Sougey, E. B. (2016). Incidence and associated factors with traumatic childbirth in postpartum Brazilian women. *Summa Psicológica UST*, 13(2), 5-12. <https://doi.org/10.18774/448X.2016.13.302>

## Annexe A. Affiche de recrutement



### Vécu émotif lors de l'accouchement chez des mères ayant été exposées à une agression à caractère sexuel

Notre équipe de recherche souhaite identifier des éléments qui ont pu ou qui auraient pu favoriser le bien-être psychologique des femmes durant l'accouchement

Nous invitons les mères:

- âgées de 18 ans ou plus,
- ayant vécu une agression à caractère sexuel au cours de leur vie, et
- dont l'accouchement le plus récent date de deux ans ou moins,

à participer à un entretien téléphonique.

Votre participation servira à informer les professionnels de la santé de la façon dont les mères souhaitent être accompagnées lors de la grossesse et de l'accouchement.

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-190259-07.33 a été émis le 10/09/19.



L'entretien téléphonique est d'une durée approximative de 1h à 1h30.



Une compensation financière de 40\$ sera remise pour la participation à l'étude.



Pour plus d'informations ou pour participer à la recherche, contactez nous au **1-800-365-0922, poste 3450** ou par courriel à **projet.step@uqtr.ca**

## Annexe B. Canevas d'entretien

### Vécu émotif lors de l'accouchement chez des mères ayant vécu une agression sexuelle

**Consigne :** L'accouchement est, pour plusieurs femmes, un moment d'une grande intensité, autant au plan physique que psychologique. Il peut susciter un lot d'émotions agréables, mais aussi, d'émotions désagréables. Dans le cadre de cette étude, nous nous intéressons au vécu, lors de l'accouchement, de femmes ayant été exposées à une agression sexuelle au cours de leur vie. Nous souhaitons identifier des éléments qui ont ou qui auraient pu favoriser leur bien-être psychologique lors de celui-ci. Le but de notre étude est de faire des recommandations aux professionnels de la santé afin de favoriser des accouchements plus sereins et qu'ils accompagnent au mieux les femmes enceintes qui ont vécu une agression sexuelle. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse : nous sommes intéressés par votre vécu et vos perceptions. Avez-vous des questions avant de commencer?

1. Avant de commencer, accepteriez-vous de me dire ce qui vous motive à participer à cette recherche?
  - a. Je vous remercie de votre participation. Néanmoins, n'hésitez pas à me le dire si jamais vous souhaitez prendre une pause, si vous préféreriez ne pas répondre à certaines questions ou si vous voulez mettre un terme à l'entretien.
2. Pour débiter, je propose que vous me donniez un aperçu de votre situation comme maman. Par exemple, vous pourriez me dire combien d'enfants vous avez, quel âge ils ont actuellement et à quel âge vous les avez eus.
3. Avant que nous discussions davantage de votre vécu en lien avec votre/vos accouchement(s), j'aimerais comprendre le contexte dans lequel il(s) est/sont survenu(s). (Si la mère a vécu plus d'un accouchement, dire : « Je vous propose de répondre aux questions suivantes séparément pour chacun de vos accouchements. »)
  - a. Pourriez-vous m'expliquer un peu le contexte dans lequel celui-ci/ceux-ci s'est/se sont déroulé(s)? Par exemple, vous pourriez me dire à combien de semaines de grossesse vous en étiez, dans quel milieu vous avez accouché, quel type de professionnel a réalisé l'accouchement, et si vous étiez accompagnée lors de celui-ci.
  - b. Pourriez-vous m'en dire un peu également sur le déroulement de celui-ci au plan médical? Par exemple, est-ce que l'accouchement a dû être déclenché, avez-vous eu une césarienne, est-ce des interventions médicales ont dû être réalisées durant l'accouchement ou auprès du bébé à sa naissance?

- c. Y'a-t-il d'autres aspects médicaux que vous jugez importants que je sache au sujet de votre accouchement afin que je puisse bien contextualiser votre vécu?

Si vous le voulez bien, parlons maintenant de votre expérience psychologique en lien avec votre/vos accouchement(s). (Si la mère a vécu plus d'un accouchement, dire : « Je vous propose également à ce moment-ci de répondre aux questions pour chacun de vos accouchements séparément. »)

4. Pourriez-vous m'expliquer votre vécu au plan émotif durant cet accouchement? (S'assurer que la mère comprenne que nous nous intéressons à son expérience affective durant l'accouchement, afin que sa réponse se distingue de la description de l'accouchement ou qu'elle porte sur la façon dont elle se sent aujourd'hui par rapport à celui-ci.)
5. Lorsque vous repensez à votre/vos accouchement(s), qu'est-ce vous avez trouvé aidant pour favoriser votre bien-être psychologique durant celui-ci/ceux-ci (si la mère n'a fait référence qu'à un vécu difficile, dire à la place « y'a-t-il quelque chose qui a fait en sorte que ce ne soit pas encore plus difficile? Si oui, pourriez-vous m'en dire plus à ce sujet »)? Pourriez-vous nommer deux ou trois éléments qui vous viennent à l'esprit? Nous pourrions ensuite reprendre chacune d'entre eux. (La mère peut en nommer un seul, plus de trois et/ou en ajouter au cours de sa réponse.) (Pour chaque élément nommé)
- a. Pourriez-vous m'en dire un peu plus sur la façon dont (élément) a pu contribué à votre bien-être durant votre accouchement?
6. Lorsque vous repensez à votre/vos accouchement(s), qu'est-ce vous avez trouvé aidant pour favoriser votre bien-être psychologique durant celui-ci/ceux-ci Il peut s'agir de quelque chose qui a pu contribué à votre détresse durant l'accouchement, ou encore, de quelque chose qui vous a manqué. Pourriez-vous nommer deux ou trois éléments qui vous viennent à l'esprit? Nous pourrions ensuite reprendre chacune d'entre eux.
- a. (Pour chaque élément nommé) Pourriez-vous m'en dire un peu plus sur la façon dont (élément) a pu diminuer votre bien-être durant votre accouchement?
- b. (Pour chaque élément nommé et si pertinent) De quoi auriez-vous eu besoin pour vous aider face à cet élément?
- c. Malgré cette expérience difficile, pensez-vous avoir gagné quelque chose de ce que vous avez vécu?
- d. Avez-vous découvert quelque chose de positif par rapport à vous-même à travers cette expérience difficile?

7. S'il y a lieu, qu'est-ce qui a aidé durant la grossesse à vous préparer pour votre/vos accouchement(s)?
  - a. Qu'auriez-vous aimé savoir ou aimé savoir d'autre avant votre/vos accouchement(s) pour favoriser votre bien-être durant celui-ci?
  - b. Qu'est-ce que vous auriez souhaité qu'on fasse ou qu'on vous dise durant la grossesse pour bien vous préparer? (S'assurer d'avoir le détail de qui et de comment la mère aurait voulu avoir cette aide)

Les prochaines questions seront un peu différentes. Elles feront référence à vos perceptions en lien avec votre/vos expérience(s) d'agression sexuelle que vous avez vécue(s). Est-ce que cela vous convient?

8. D'après vous, est-ce que votre/vos expérience(s) d'agression sexuelle ont affecté votre vécu durant votre/vos accouchement(s)? Si oui, pourriez-vous m'en dire un peu plus sur la façon dont vous pensez qu'elles ont joué un rôle sur votre vécu?
  - a. (Si la mère mentionne que c'est le cas) Qu'est-ce qui aurait pu vous aider à faire face à cela?
  - b. (Si la mère mentionne que c'est le cas) Auriez-vous souhaité être informée des difficultés possibles, lors de l'accouchement, que peuvent vivre des mères ayant vécu des agressions sexuelles?
    - i. (Si oui) Quelles genre d'informations auriez-vous souhaité avoir? (Tenter d'obtenir des détails sur la personne qui aurait pu le faire, la façon dont elle aurait pu s'y prendre, à quel moment, par quel moyen)?
    - ii. (Si non) Qu'est-ce qui fait que vous n'auriez pas voulu qu'on vous informe de cela?
9. Est-ce que vous auriez aimé que les professionnels de la santé impliqués dans votre suivi de grossesse et/ou votre accouchement soient informés de votre vécu d'agression sexuelle?
  - a. (Si oui) Pour quelle(s) raison(s) auriez-vous souhaité cela?
    - i. Comment auriez-vous aimé qu'on s'y prenne pour avoir cette information?
    - ii. En quoi vous pensez que cela aurait pu être aidant?
  - b. (Si non) Pour quelle(s) raison(s) vous n'auriez pas souhaité cela?
10. Si vous aviez l'occasion de transmettre un message aux professionnels qui travaillent auprès des femmes qui accouchent et qui ont vécu une agression sexuelle, afin de favoriser leur bien-être, quel serait-il?

Demander à la mère comment elle a trouvé l'entretien et la remercier de sa participation à la recherche.

## **Annexe C. Formulaire de consentement**

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

**(Volet #2– Entretiens auprès de mères ayant vécu une agression à caractère sexuel)**

#### **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 a comme objectif général de mieux comprendre le vécu, les besoins et les attentes spécifiques, pendant la période périnatale, des femmes ayant vécu des agressions à caractère sexuel (ACS), afin 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) de leurs besoins spécifiques lorsqu'elles deviennent mère. L'objectif spécifique du présent volet de l'étude est de mieux comprendre le vécu émotif, lors de l'accouchement, des mères exposées à des ACS.

#### **Déroulement de l'étude**

Nous sollicitons les femmes qui ont été exposées à une ACS ayant eu un enfant au cours des deux dernières années 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 participer à un entretien individuel portant sur la façon dont vous avez vécu votre/vos accouchement(s), ainsi que sur ce que vous avez ou auriez trouvé aidant afin de favoriser votre bien-être psychologique durant celui-ci/ceux-ci. Notez aussi que vous serez questionnée sur votre perception du rôle que votre expérience d'ACS aurait pu jouer sur votre vécu durant l'accouchement. Cet entretien est d'une durée d'environ une heure à une heure trente minutes et sera réalisé par téléphone. De plus, afin que nous puissions décrire l'échantillon de mères ayant participé à la recherche (en garantissant l'anonymat), quelques questions vous seront posées. Elles porteront sur votre âge, votre niveau de scolarité et sur le contexte général des expériences d'agression sexuelle vécues (ex., la période de vie durant laquelle vous les avez vécues).

**Inconvénients et risques**

Cette étude comporte peu de risques ou d'inconvénients. Notons d'abord le temps nécessaire à l'entretien. Aussi, parmi les inconvénients potentiels, notons que les questions concernent des aspects personnels de votre vécu. Le fait d'y répondre pourrait susciter des questionnements ou un inconfort. Si cela survenait, n'hésitez pas à en discuter avec la personne qui réalise l'entretien. Vous pouvez également demander à prendre une pause, ne pas répondre à certaines questions et/ou cesser complètement votre participation à la recherche. De plus, des ressources sont identifiées plus loin dans ce formulaire. Enfin, un troisième inconvénient potentiel est lié à l'enregistrement de l'entretien sous format audio. Il est possible que le fait d'être enregistrée provoque un léger inconfort. Cet enregistrement ne servira qu'à l'équipe de recherche afin de transcrire le verbatim de vos réponses, en vue de compléter l'analyse des réponses des participantes.

**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, lors de la période périnatale, des femmes ayant été exposées à une ACS. 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 spécifiques de ces femmes.

**Compensation**

Afin de vous dédommager pour le temps accordé à la recherche, nous vous remettons une compensation financière d'un montant de 40\$, une fois votre participation complétée.

**Confidentialité**

Vos réponses sont strictement anonymes. Afin de préserver votre anonymat, le verbatim de l'entretien sera identifié par un numéro de code. Les enregistrements ainsi que les verbatims d'entretien 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 propos des participantes de sorte que l'anonymat des participantes de l'étude sera préservé.

**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 sur les soins qui vous seront fournis par la suite, ou sur vos relations avec les professionnels de la santé. En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez la chercheuse responsable de ce projet de recherche de ses responsabilités civiles et professionnelles.

**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. Vous pouvez aussi rejoindre le service de consultation téléphonique Info-Social au 811, la ligne d'écoute sans frais Écoute-Entraide au 1-844-294-2130, la CALACS de Trois-Rivières au 819-373-1232 ou la ligne-ressource sans frais au 1-888-933-9007.

**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 chercheure 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 chercheure 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.

Roxanne Lemieux

Nom de la chercheure


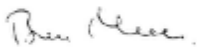



Signature

17 / 07 / 2020

Date

## Annexe D. Certificat éthique

3139	
	
<b>CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS</b>	
<p>En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :</p>	
<b>Titre :</b>	<b>Développement de pratiques sensibles aux traumatismes de nature sexuelle dans le contexte des soins périnataux</b>
<b>Chercheur(s) :</b>	Roxanne Lemieux Département des sciences infirmières
<b>Organisme(s) :</b>	Ministère de la justice du Québec
<b>N° DU CERTIFICAT :</b>	<b>CER-19-259-07.33</b>
<b>PÉRIODE DE VALIDITÉ :</b>	<b>Du 10 septembre 2019 au 10 septembre 2020</b>
<p><b>En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;</li> <li>- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;</li> <li>- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;</li> <li>- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.</li> </ul>	
 Bruce Maxwell <b>Président du comité</b>	 Fanny Longpré <b>Secrétaire du comité</b>
<i>Décanat de la recherche et de la création</i> <b>Date d'émission :</b> 10 septembre 2019	

## **Références générales**

- Brunton, R., & Dryer, R. (2021). Child sexual abuse and pregnancy: A systematic review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, *111*, 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104802>
- Caelli, K., Ray, L., & Mill, J. (2003). "Clear as mud": Toward greater clarity in generic qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, *2*(2), 1-24. <https://doi.org/10.1177/160940690300200201>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The sage handbook of qualitative research* (5<sup>e</sup> éd.). Sage Publications.
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B., & Horvath, A. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, *55*(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Furuta, M., Horsch, A., Ng, E. S. W., Bick, D., Spain, D., & Sin, J. (2018). Effectiveness of trauma-focused psychological therapies for treating post-traumatic stress disorder symptoms in women following childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00591>
- Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: A review of progress and challenges. *World Psychiatry*, *19*(3), 313-327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
- Kahlke, R. M. (2014). Generic qualitative approaches: pitfalls and benefits of methodological mixology. *International Journal of Qualitative Methods*, *13*(1), 37-52. <https://doi.org/10.1177/160940691401300119>
- Lim, J. H. (2011). Qualitative methods in adult development and learning: Theoretical traditions, current practices, and emerging horizons. Dans C. Hoare (Éd.), *The Oxford handbook of reciprocal adult development and learning* (2<sup>e</sup> éd., pp. 39-60). Oxford University Press.
- LoGiudice J. A. (2017). 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>
- Neergaard, M. A., Olesen, F., Andersen, R. S., & Søndergaard, J. (2009). Qualitative description – the "poor cousin" of health research? *BMC Medical Research Methodology*, *9*(1), 52-56. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-9-52>

- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2018, 7 février). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241550215>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2<sup>e</sup> éd.). Sage Publications.
- Perinatal Services BC. (2025). *Trauma-informed care for women/people during the perinatal period*. <https://www.psbchealthhub.ca/clinical-guidance/501>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description?. *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. [https://doi.org/10.1002/1098-240x\(200008\)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g)
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in Nursing and Health*, 33(1), 77-84. <https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Saskatchewan Prevention Institute. (2022). *Becoming trauma-informed: Trauma-informed practices and how they can be implemented in relation to the pre-conception, prenatal, and postnatal period*. <https://skprevention.ca/resource-catalogue/becoming-trauma-informed-trauma-informed-practices-and-how-they-can-be-implemented-in-relation-to-the-pre-conception-prenatal-and-postnatal-period/>
- Science infirmière et pratiques en santé. (s. d.). *À propos de cette revue*. <https://sips-snahp.ojs.umontreal.ca/index.php/sips-snahp/about>
- Seng, J. S., Sparbel, K. J., Low, L. K., & Killion, C. (2002). Abuse-related posttraumatic stress and desired maternity-care practices: Women's perspectives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5), 360-370. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(02\)00284-2](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(02)00284-2)
- Sobel, L., O'Rourke-Suchoff, D., Holland, E., Remis, K., Resnick, K., Perkins, R., & Bell, S. (2018). Pregnancy and childbirth after sexual trauma: Patient perspectives and care preferences. *Obstetrics & Gynecology*, 132(6), 1461-1468. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002956>

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach* (HHS Publ. No. SMA 14-4884). [https://coresonline.org/sites/default/files/documents/samhsas\\_concept\\_of\\_trauma\\_and\\_guidance\\_for\\_a\\_trauma-informed\\_approach.pdf](https://coresonline.org/sites/default/files/documents/samhsas_concept_of_trauma_and_guidance_for_a_trauma-informed_approach.pdf)
- Vogel, T. M., & Coffin, E. (2021). Trauma-Informed care on labor and delivery. *Anesthesiology Clinics*, 39(4), 779-791. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2021.08.007>
- Wampold, B., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, 22(1), 25-41. <https://doi.org/10.1002/wps.21035>
- Zakia, N., Afiyanti, Y., Raksanagara, A., & Besral. (2025). The efficacy of collaborative psychological interventions in reducing anxiety levels in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07523-1>