



Science of Nursing
and Health Practices



Science infirmière
et pratiques en santé

Article de recherche empirique | Empirical research article

Perceptions de femmes ayant vécu une agression sexuelle quant aux pratiques professionnelles favorables à leur bien-être psychologique pendant l'accouchement : une étude qualitative descriptive

Perceptions of Women with a History of Sexual Assault of Professional Practices that Promote their Psychological Well-Being During Childbirth: A Descriptive Qualitative Study

Maude Richard-Pouliot  <https://orcid.org/0009-0008-2137-2993> Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

Carl Lacharité  <https://orcid.org/0000-0002-1449-449X> Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

Roxanne Lemieux  <https://orcid.org/0000-0001-5014-6903> Département des sciences infirmières, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec, Canada

Correspondance | Correspondence:

Roxanne Lemieux

Roxanne.Lemieux2@uqtr.ca



2026 M Richard-Pouliot, C Lacharité, R Lemieux.

[Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

ISSN 2561-7516

Mots-clés

accouchement;
agression sexuelle;
bien-être
psychologique;
soins périnataux;
pratique infirmière

Résumé

Introduction : Les femmes ayant vécu une agression sexuelle (AS) présentent un risque accru de détresse et de réactions traumatiques lors de l'accouchement. Certaines pratiques professionnelles en périnatalité peuvent contribuer à ces expériences. **Objectif :** Explorer les perceptions de femmes ayant vécu une AS concernant les pratiques professionnelles pouvant contribuer à leur bien-être psychologique lors de l'accouchement. **Méthode :** Une étude qualitative descriptive a été menée auprès de 11 participantes ayant rapporté une expérience d'AS antérieure à l'accouchement et ayant accouché au Québec (Canada). Le recrutement a été fait en ligne. Les entretiens ont été analysés selon la méthode d'analyse thématique par modèle. **Résultats :** Les résultats mettent en évidence 5 dimensions de pratiques professionnelles pouvant contribuer au bien-être psychologique des participantes : préparer l'accouchement avec la femme, soutenir son pouvoir d'agir, établir une relation de confiance sécurisante, adapter les soins pour réduire les risques de réactivation traumatique et préserver les liens significatifs autour de la naissance. **Discussion et conclusion :** Les résultats suggèrent que, pour les femmes ayant vécu une AS, le bien-être psychologique durant l'accouchement est influencé par la qualité de la relation avec les professionnel·les, ainsi que par des pratiques favorisant le consentement, le sentiment de contrôle, la sécurité émotionnelle et la reconnaissance du vécu traumatique. Ils soutiennent l'importance d'un accompagnement humain, personnalisé et fondé sur une approche sensible aux traumatismes, ainsi que la nécessité de renforcer la formation continue des professionnel·les en périnatalité afin de favoriser des soins sécurisants et de réduire les risques de réactivation traumatique.

Abstract

Introduction: Women who have experienced sexual assault (SA) are at increased risk of distress and trauma-related responses during childbirth. Certain perinatal care practices may contribute to these experiences. **Objective:** To explore the perceptions of women who have experienced SA regarding professional practices that may contribute to their psychological well-being during childbirth. **Method:** A descriptive qualitative study was conducted with 11 participants who had experienced SA prior the childbirth and had given birth in Quebec (Canada). Participants were recruited online. Semi-structured interviews were analyzed using the template analysis. **Results:** Findings highlight 5 dimensions of professional practices that may contribute to participants' psychological well-being: preparing for childbirth with the woman, supporting her sense of agency, establishing a trusting and safe relationship, adapting care to reduce the risk of trauma reactivation, and preserving meaningful relationships surrounding birth. **Discussion and Conclusion:** The findings suggest that, for women who have experienced SA, psychological well-being during childbirth is influenced by the quality of the relationship with healthcare professionals, and by practices that promote consent, a sense of control, emotional safety, and recognition of their traumatic experience. They highlight the importance of person-centered and trauma-informed care, as well as the need to strengthen continuing education for perinatal healthcare professionals to foster safe care experiences and reduce the risk of trauma reactivation.

Keywords

childbirth; sexual
assault;
psychological
well-being;
perinatal care;
nursing practice

INTRODUCTION

Les agressions sexuelles (AS) sont associées à plusieurs répercussions psychologiques, dont des symptômes post-traumatiques, dépressifs et anxieux, pouvant fragiliser le bien-être psychologique des femmes concernées (Dworkin et al., 2017; Woldie et al., 2025). Les femmes ayant vécu une 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 (Berman et al., 2021; Verreault et al., 2012; Zambaldi et al., 2016), soit un accouchement vécu avec une détresse marquée et pouvant entraîner des répercussions sur la santé ainsi que sur le bien-être psychologique de la mère (Leinweber et al., 2022). Ce risque de retraumatisation, défini comme une situation dans laquelle une expérience actuelle peut donner l'impression de revivre un trauma antérieur (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014), s'explique en partie par plusieurs éléments documentés dans les écrits, dont le sentiment de perte de contrôle, la douleur et le caractère intime des soins périnataux (Gordon et al., 2025; Montgomery et al., 2015). Dans le contexte de l'accouchement, cette notion est particulièrement pertinente pour les femmes ayant vécu une AS, puisque certains aspects des soins, tels que l'exposition corporelle, les examens intimes, les situations d'urgence obstétricale ou encore les dynamiques de pouvoir, peuvent réactiver des vécus traumatiques antérieurs et compromettre leur bien-être psychologique (Gordon et al.). La manière dont ces soins sont prodigués a d'ailleurs été identifiée comme un facteur clé influençant l'expérience et le bien-être psychologique des femmes qui accouchent, ayant vécu ou non une AS (Benyamini et al., 2024).

Bien que le risque de retraumatisation chez les femmes ayant vécu une AS ait été maintes fois rapporté dans les écrits depuis les trois dernières décennies, l'intégration de ces connaissances dans les pratiques de soins périnataux demeure limitée (Montgomery et Duckworth, 2025). Au Québec (Canada), plusieurs documents récents d'orientation en périnatalité, y compris des publications nationales, n'abordent pas

explicitement cette problématique (Jain et al., 2016; ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2024, 2026). Cette absence de balises cliniques, combinée au manque d'outils et de formation sur les soins sensibles aux traumatismes sexuels, peut laisser les professionnel·les en périnatalité insuffisamment préparé·es à répondre aux besoins de cette patientèle (Long et al., 2022; Montgomery et Duckworth; Ward, 2020). Dans ce contexte, certaines pratiques courantes en périnatalité risquent de contribuer à la réactivation des traumatismes antérieurs chez les femmes ayant vécu une AS (Gordon et al., 2025; Montgomery, 2013; Montgomery et al., 2015).

À l'inverse, les professionnel·les en périnatalité, dont les infirmier·ières, peuvent contribuer de façon déterminante à favoriser des expériences positives d'accouchement. Leur proximité avec les familles ainsi que leur contribution au respect du consentement, au sentiment de sécurité émotionnelle et au maintien du sentiment de contrôle, tout au long des soins, les placent dans une position privilégiée pour soutenir les femmes durant cette période (Leinweber et Stramrood, 2024; Montgomery et Duckworth, 2025). Une expérience positive de naissance peut avoir des retombées profondes et durables, notamment sur la confiance maternelle et la qualité du lien mère-enfant (Karlsdottir et Leap, 2025; Karlström et al., 2015; Smorti et al., 2020). Une récente revue intégrative de la littérature souligne que les pratiques infirmières périnatales associées à une expérience positive d'accouchement comprennent, entre autres, des interventions visant à répondre aux besoins de sécurité, d'estime et de réalisation de soi tout au long du processus de naissance (Raposo et Jurgens, 2025).

Au Québec, les données suggèrent qu'environ une femme sur quatre a vécu une AS, que ce soit durant l'enfance (22,1 %; Hébert et al., 2009) ou depuis l'âge de 15 ans (25 %; Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2025). Dans le contexte de l'accouchement, il importe donc de mieux comprendre les pratiques professionnelles perçues comme susceptibles de soutenir le bien-être psychologique de ces femmes et de réduire les risques de retraumatisation (Gordon et al., 2025). Cette nécessité est renforcée par les répercussions

potentielles d'une expérience difficile de naissance sur le bien-être psychologique maternel, la relation mère-enfant (Gordon et al.), ainsi que sur le développement socioémotionnel de l'enfant (Suarez et Yakupova, 2024). De telles situations peuvent également avoir des effets sur les professionnel·les impliqué·es dans les soins, notamment en entraînant de la détresse émotionnelle, des symptômes de stress traumatique secondaire et une remise en question professionnelle (Nieuwenhuijze et al., 2024; Uddin et al., 2022). Pourtant, peu d'études menées au Québec se sont intéressées aux pratiques perçues par les femmes ayant vécu une AS comme favorables à leur bien-être psychologique et à la prévention de la retraumatisation, lors de l'accouchement.

OBJECTIF

L'objectif de l'étude était d'explorer les perceptions des femmes ayant vécu une AS concernant les pratiques professionnelles pouvant contribuer à leur bien-être psychologique lors de l'accouchement.

MÉTHODE

CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET PARTICIPANTES

L'étude portait sur les expériences d'accouchement vécues en contexte de soins périnataux au Québec, en milieu hospitalier ou en maison de naissance, en présence d'omnipraticien·nes, d'obstétricien·nes, de sages-femmes ou d'infirmier·ières. L'affiche de recrutement s'adressait aux femmes ayant donné naissance à un enfant au cours des 3 années précédentes, mais depuis plus de 1 mois, afin de leur permettre de prendre un recul par rapport à cette expérience. Le recrutement s'est déroulé d'août à octobre 2020, sur le média social *Facebook*. Cette stratégie permettait de joindre un large bassin de participantes, tout en leur laissant l'initiative de prendre contact avec l'équipe de recherche.

Les critères d'inclusion étaient d'être âgée d'au moins 18 ans et d'avoir vécu une AS au cours

de sa vie, selon les informations rapportées par la participante. Aucune restriction n'était imposée quant à la période de survenue de l'AS. Celle-ci a toutefois été documentée (enfance, adolescence ou âge adulte) de même que la nature du lien entre la participante et la personne ayant perpétré l'AS. Les femmes ayant accouché prématurément ou ayant donné naissance à un enfant présentant une anomalie congénitale étaient exclues de l'étude, puisque ces situations sont susceptibles d'influencer l'expérience d'accouchement. L'ensemble des critères d'admissibilité ont été vérifiés lors de l'entretien téléphonique de recrutement réalisé par la doctorante en psychologie, qui a également effectué les entretiens. Le recrutement a pris fin après la réalisation de 11 entretiens, en raison d'une saturation thématique jugée atteinte. Celle-ci a été estimée à partir de la redondance des thèmes émergents et de la récurrence d'éléments rapportés par les participantes. Le Tableau 1 présente les caractéristiques descriptives de l'échantillon.

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Les entretiens semi-structurés ont été effectués en français, par téléphone, et étaient enregistrés afin d'être transcrits. Le canevas d'entretien explorait les perceptions des participantes (primipares ou multipares) quant à leurs expériences d'accouchement et de soins reçus et aux éléments ayant favorisé ou qui auraient pu favoriser leur bien-être psychologique lors de ces événements. L'intervieweuse a été formée aux approches sensibles aux traumatismes lors de la conduite d'entretiens semi-structurés sur un sujet sensible par une psychologue clinicienne (RL). Un journal de bord a principalement servi de trace méthodologique en documentant les impressions générales et le contexte de réalisation de chaque entretien (Phillippi et Lauderdale, 2018).

Le devis de recherche qualitatif descriptif à visée exploratoire a été retenu en raison de sa flexibilité et de l'importance qu'il accorde à la description des phénomènes ainsi qu'au respect des propos des participantes (Colorafi et Evans, 2016; Sandelowski, 2000).

Tableau 1*Caractéristiques sociodémographiques des participantes (N = 11)*

Variable	n (%) ^a
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 ^b	
< 1 an	5 (45,5)
1-2 ans	4 (36,4)
> 2ans	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)
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)

Notes. ^a Les pourcentages étant arrondis, leur somme peut différer de 100%. ^b Au moment des entretiens, le temps écoulé depuis l'accouchement se situait entre 6 semaines et 32 mois, selon la participante.

L'étude s'inscrivait dans un cadre d'analyse constructiviste naturaliste, privilégiant une description fidèle des expériences des participantes avec un minimum d'inférences théoriques (Denzin et Lincoln, 2018; Neergaard et al., 2009; Sandelowski, 2000). Les données ont été analysées de manière inductive selon la méthode d'analyse thématique par modèle (*Template analysis*) de Brooks et King (2014) (voir Tableau 2), à l'aide du logiciel NVivo. Deux membres de l'équipe de recherche (RL et MRP) ont identifié les thèmes et sous-thèmes dans un processus itératif d'analyse et de discussion. Un troisième membre de l'équipe (CL) a ensuite contribué à la triangulation des analyses et au renforcement de leur crédibilité.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Les participantes ont signé un formulaire de consentement 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.

RÉSULTATS

L'analyse thématique a permis d'identifier cinq thèmes liés aux pratiques perçues comme favorables au bien-être psychologique des participantes lors de l'accouchement. Ces thèmes sont présentés dans les sections suivantes et le Tableau 3 présente les sous-thèmes et les illustre par des extraits.

Avant de présenter ces thèmes, deux éléments transversaux permettent de situer les expériences rapportées par les participantes : la majorité d'entre elles ont rapporté au moins une expérience d'accouchement vécue comme traumatique ou marquée par une détresse importante, et plusieurs ont décrit des situations de soins perçues comme intrusives, irrespectueuses ou coercitives, pouvant s'apparenter à des violences gynécologiques et

obstétricales. Sans être l'objet principal de l'étude, ces éléments éclairent les perceptions rapportées. Par ailleurs, bien que certaines interventions aient été associées à des professionnel·les spécifiques dans les propos rapportés, le terme « professionnel » est utilisé lorsque les pratiques décrites peuvent s'appliquer à l'ensemble des personnes impliquées dans les soins périnataux.

PRÉPARER L'ACCOUCHEMENT AVEC LA FEMME

Ce thème regroupe des pratiques réalisées en amont ou au début de l'accouchement que les participantes présentaient comme des conditions soutenant leur bien-être psychologique pendant l'accouchement. Ces pratiques leur offraient des repères afin de clarifier leurs préférences, pour mieux comprendre ce qui peut se présenter lors de l'accouchement et se préparer aux ajustements pouvant être nécessaires lors de son déroulement.

D'abord, les participantes ont identifié que les professionnel·les soutenaient leur bien-être psychologique lorsqu'ils et elles communiquaient de l'information sur les différents types de suivi de grossesse, de méthodes d'accouchement, ainsi que sur leurs droits. Cette information leur permettait de mieux connaître les options qui s'offraient à elles. Certaines ont aussi aimé que les professionnel·les impliqué·es dans leur suivi de grossesse les informent des répercussions possibles des AS sur l'expérience d'accouchement et qu'on leur offre des références vers des ressources adaptées. Cela leur donnait la possibilité de se préparer à l'accouchement en tenant compte de ces risques, plutôt que d'en être happées durant celui-ci. Soulignant la délicatesse avec laquelle ces informations devraient être partagées, certaines participantes ont trouvé aidant qu'elles soient communiquées sans dramatisation ni généralisation. Accompagner ces informations de stratégies pour composer avec ces répercussions potentielles si elles se présentaient a également été jugé souhaitable, comme l'illustre ce propos d'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 » [focalisé mon attention] sur les problèmes. (Participante 4)

Tableau 2*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'entretiens 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 restants 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. Utiliser le 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).

Tableau 3

Thèmes, sous-thèmes et extraits relatifs aux pratiques professionnelles favorables au bien-être psychologique pendant l'accouchement chez des femmes ayant vécu une agression sexuelle

Thème et sous-thème associé	Extrait illustratif
1. Préparer l'accouchement avec la femme	
1.1 Informer sur les options, les droits et les ressources disponibles	« 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 Faire formuler les préférences dans un plan de naissance flexible	« 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 Aborder avec délicatesse les répercussions possibles des AS sur l'accouchement	« La sage-femme [...] c'est elle qui m'avait recommandé de faire des visualisations et d'en parler beaucoup 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 [...]. Elle m'a pas informée des risques, elle m'a donné des trucs pour les éviter puis je suis contente parce que ça a pas fait une prophétie autoréalisatrice. 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" [focalisé mon attention] sur les problèmes. » (Participante 4)
1.4 Préparer à l'imprévu et à la perte partielle de contrôle	« 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)

Thème et sous-thème associé	Extrait illustratif
2. Soutenir le pouvoir d’agir pendant les soins	
2.1 Reconnaître le savoir expérientiel et corporel	« [...] 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. » (Participant 1)
2.2 Offrir des choix réels et des occasions de participation	« 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 allée le chercher [le bébé]. » (Participant 3)
2.3 Expliquer avant d’intervenir	« [...] 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)
2.4 Solliciter le consentement et adapter les soins selon les préférences	« 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. » (Participant 6)
3. Construire une relation de confiance sécurisante	
3.1 Offrir une présence humaniste, douce et attentive, au-delà du rôle clinique	« 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. [...] Je sentais que ce n’était pas, oui c’est

Thème et sous-thème associé	Extrait illustratif
	leur travail, sauf qu'on sentait qu'il y avait un réel intérêt et qu'ils [les infirmier-ères] veulent que les mamans se sentent bien là! » (Participante 6)
3.2 Rassurer, encourager et normaliser	« 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)
3.3 Offrir un espace de parole	« 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)
4. Adapter les soins pour réduire les risques de retraumatisation	
4.1 Identifier les besoins particuliers et les signes de malaise sans imposer le dévoilement	« [...] c'est pas tout le monde qui va le dire qu'est-ce qu'ils vivent faque [alors], si la personne réagit fortement à une, à une intervention, bin peut-être aller chercher plus loin de où vient, pas le problème là, mais le, de voir pourquoi la personne réagit comme ça aussi. » (Participante 8)
4.2 Adapter les gestes potentiellement intrusifs ou déclencheurs	« [...] 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)
4.3 Protéger l'intimité et la « bulle » de l'accouchement	« Elles [les infirmières] n'étaient pas tout le temps-là, à être là et à me tanner [m'ennuyer, m'agacer]. Toi t'as ton moment d'intimité. » (Participante 5)

Thème et sous-thème associé	Extrait illustratif
4.4 Respecter l'intégrité corporelle et les refus exprimés	« Moi ça commence à vraiment me faire mal là, c'est parce qu'ils rentrent leurs mains au complet. [...] faque [alors] là moi je commence à pleurer, à leur demander d'arrêter. Ehhm, pis eux s'acharnent, ils s'acharnent de plus en plus, pis moi j'pleure, j'commence à me débattre [...] j'ai j'ai j'ai eu un <i>blackout</i> [perte de connaissance] en fait. Ils m'ont mis, ils m'ont mis un masque, avec des gaz hilarants... pis, ehh je me suis mis, selon mon mari, je me suis mis à me débattre et à crier comme si j'étais en train de me faire agresser sexuellement. » (Participante 4)
5. Favoriser les liens significatifs autour de la naissance	
5.1 Inclure les accompagnant-es selon les souhaits de la femme	« [...] 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 [...] et c'était tous des rôles importants pour moi. [...] 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. » (Participante 7)
5.2 Favoriser le contact précoce avec le bébé	« 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)
5.3 Soutenir les premiers moments mère-bébé selon l'expérience de la femme	« T'sais, ils vont mettre la main sur le bras, des, des beaux sourires, pis t'sais, ils vont, t'sais c'est vrai, dans le fond, ils ont été vraiment centrés sur la relation d'aide et non pas sur le point de vue médical, pis, aussi sur la transition de, entre la personne, t'sais la jeune fille pis la maman. Parce que c'est une transition qui se fait très rapidement, mais qui est très importante là. Mais t'sais eux ont été vraiment centré là-dessus [...], dans, dans le fond pour faire une transition plus douce entre les deux rôles. » (Participante 6)

Ensuite, l'établissement d'un plan de naissance documentant les préférences des participantes était identifié comme favorable à leur bien-être psychologique, entre autres, parce que cela les amenait à réfléchir à ce qui était important pour elles et à ouvrir le dialogue avec leur partenaire. Celles-ci ont également 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 les professionnel·les déployaient des efforts pour le respecter, malgré les ajustements nécessaires.

Enfin, les participantes ont été reconnaissantes 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. Offrir plus d'informations, surtout aux primipares, favorisait la diminution des appréhensions liées à l'inconnu. Ces interventions permettaient d'ouvrir les perspectives des participantes face à l'accouchement et pouvaient renforcer leur bien-être psychologique lors de celui-ci.

SOUTENIR LE POUVOIR D'AGIR PENDANT LES SOINS

Le deuxième thème concerne les pratiques par lesquelles les professionnel·les permettent aux femmes de demeurer des sujets actifs des soins pendant l'accouchement. Ces pratiques pouvaient favoriser leur bien-être psychologique en faisant en sorte que leurs perceptions, leurs préférences et leurs savoirs expérientiels étaient considérés pour orienter les décisions et les interventions qui les concernent, plutôt qu'elles aient le sentiment de subir les soins. Elles pouvaient 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).

Le bien-être psychologique des participantes pendant l'accouchement semblait également renforcé lorsque les professionnel·les en périnatalité les considéraient comme expertes de

leur corps. En tenant compte de ce que les participantes connaissaient de leur histoire, de leurs expériences d'accouchements antérieures, le cas échéant, de leurs réactions et de leurs perceptions corporelles pendant l'accouchement, les professionnel·les pouvaient mieux intégrer leur point de vue aux décisions à prendre et aux interventions à réaliser. Cette prise en compte se traduisait également lorsque les professionnel·les permettaient aux participantes d'exercer un certain contrôle pendant l'accouchement, notamment en leur offrant des choix et en leur permettant de participer à des interventions simples. 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 l'extraction 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 [le bébé]. (Participante 3)

Une autre pratique favorable consistait à informer les participantes des interventions à venir, à les expliquer, puis à demander leur consentement avant de les réaliser. Une participante décrit ainsi l'importance, pour les professionnel·les, d'expliquer les interventions pour que la femme se sente placée au centre des soins et comprenne ce qui se passe :

[...] 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 exprimer leurs préférences et à donner leur accord favorisait leur sentiment de maîtrise sur les événements et les amenait à se sentir « plus confiante[s] » et « plus à l'aise [...] ». Tu sais que ça va mieux aller, [et que tu pourras] recevoir ton bébé dans un état plus serein que de peur » (Participante 1).

CONSTRUIRE UNE RELATION DE CONFIANCE SÉCURISANTE

Ce thème renvoie aux attitudes et interventions qui, dans les expériences rapportées des participantes, faisaient partie intégrante des pratiques professionnelles perçues comme primordiales pour leur bien-être psychologique lors de l'accouchement. Ces manières d'offrir les soins faisaient sentir aux participantes qu'elles étaient accueillies dans leur vécu émotionnel et reconnues dans leur dignité. Elles contribuaient ainsi à construire une relation de confiance sécurisante et à soutenir leur sécurité émotionnelle pendant l'accouchement.

Se sentir considérées comme des personnes, plutôt qu'en tant que cas médicaux ou uniquement comme des femmes en train de donner naissance, a été exprimé à maintes reprises par les participantes. Elles ont affirmé l'importance que les soins obstétricaux soient offerts avec une approche humaine, douce et attentive, tenant compte de leurs émotions, de leurs perceptions, de leur confort personnel et de leurs besoins. Plusieurs ont d'ailleurs nommé le rôle central des infirmier·ières dans l'humanisation des soins. Cette approche pouvait se manifester à travers une attitude bienveillante empreinte de compréhension, de compassion, de chaleur, de respect, et de douceur, ainsi que par des gestes simples, mais significatifs, qui leur faisaient sentir qu'on prenait réellement soin d'elles.

Plus concrètement, les participantes valorisaient un éventail d'habiletés associées à la relation d'aide qui les aidaient à traverser l'intensité émotionnelle et physique de l'accouchement, telles que les encouragements, la normalisation des émotions et des sensations, ainsi que la réassurance. Une participante a notamment aimé la réassurance d'une infirmière qui lui a dit : « 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)

Enfin, la possibilité d'évoquer leurs états émotionnels ou des expériences passées chargées affectivement s'est avérée bienfaisante, en contribuant à un contexte relationnel plus sécurisant pendant l'accouchement. La transparence des professionnel·les, entre autres, lorsque des complications ou des erreurs médicales survenaient, pouvait également contribuer à maintenir la relation de confiance, même lorsque l'information transmise était préoccupante.

ADAPTER LES SOINS POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE RETRAUMATISATION

Les pratiques rassemblées sous ce thème concernent l'ajustement des soins et de l'environnement clinique afin de concilier les enjeux de sécurité clinique avec la sécurité psychologique des femmes. Elles reposent également sur la reconnaissance de leur intégrité corporelle et de leurs refus comme des balises essentielles aux interventions. Ces pratiques visent à réduire les situations susceptibles de réactiver le trauma sexuel ou d'accentuer un sentiment d'intrusion, de vulnérabilité ou de perte de contrôle pendant l'accouchement.

Certaines participantes souhaitaient que les professionnel·les vérifient, lorsqu'approprié, la présence d'un vécu d'AS afin d'ajuster leurs gestes à leurs craintes et besoins spécifiques. D'autres préféraient toutefois qu'ils et elles n'abordent pas ce vécu directement. Une participante proposait une manière plus indirecte d'aborder les soins potentiellement déclencheurs, sans imposer le dévoilement du trauma : « [...] 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). Dans le même sens, le fait de connaître leurs droits ne garantissait pas d'être en mesure d'exprimer leurs préférences ou leurs malaises durant l'accouchement. La capacité des professionnel·les à explorer proactivement ces éléments et à porter attention aux messages non verbaux apparaissait donc importante, puisque, comme le soulignait une participante : « parfois, on ne parle pas » (Participante 6). Cette sensibilité

permettait d'ajuster les soins avant qu'ils ne soient vécus comme intrusifs ou retraumatisants.

Ce thème implique également la capacité à reconnaître les gestes représentant des déclencheurs traumatiques potentiels pour les femmes ayant vécu une AS. Les participantes souhaitaient que les professionnel·les proposent des compromis permettant de concilier les interventions nécessaires avec leur sécurité psychologique, par exemple en limitant le nombre de touchers vaginaux ou le personnel présent dans la salle d'accouchement. Elles valorisaient aussi les actions visant à protéger leur intimité physique et relationnelle avec leur conjoint, les personnes accompagnatrices et leur nouveau-né.

Certaines expériences rapportées faisaient toutefois émerger des pratiques à proscrire, notamment lorsque des interventions étaient réalisées sans consentement, malgré un refus ou alors que les participantes n'étaient pas en mesure d'y consentir. Ces situations dépassaient la simple question de l'adaptation des soins et mettaient en évidence l'importance de reconnaître l'intégrité corporelle des femmes et les refus exprimés comme des balises centrales de leur sécurité psychologique. Les participantes ont notamment signalé des situations singulières, mais particulièrement marquantes, comme des soins réalisés pendant leur sommeil ou l'utilisation de mesures de contention (physique ou chimique). Une participante a ainsi décrit une intervention très douloureuse qui a été poursuivie malgré ses pleurs et ses demandes d'arrêt. Elle rapporte s'être ensuite débattue et avoir crié « comme si j'étais en train de me faire agresser sexuellement » (Participante 4).

À l'inverse, le respect de son intégrité corporelle a contribué à un sentiment de sécurité lors d'une intervention subséquente. Le fait de ne pas avoir été attachée pendant sa césarienne, après en avoir fait la demande et avoir été prévenue des réactions possibles de son corps, lui a permis « d'être détendue, d'être confiante » et « d'avoir un bon souvenir » de son accouchement. Elle associait aussi cette expérience plus sécurisante à une plus grande disponibilité envers son bébé : « je pense que ça m'a permis d'avoir un meilleur lien avec ma fille quand qu'elle est née » (Participante 4).

FAVORISER LES LIENS SIGNIFICATIFS AUTOUR DE LA NAISSANCE

Ce thème renvoie aux pratiques qui ont facilité, protégé ou consolidé les liens significatifs des participantes avec les personnes accompagnatrices lors de leur accouchement ainsi qu'avec leur bébé lors des premiers moments partagés avec lui. L'inclusion des personnes accompagnatrices permettait aux participantes de faire de l'accouchement une expérience partagée et de recevoir un soutien provenant de personnes de confiance. Une participante souligne à quel point l'espace laissé à ses proches durant son accouchement a soutenu son bien-être psychologique :

[...] j'étais très solide, j'avais mon monde avec moi, [...] 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. (Participante 7)

Les participantes aimaient également pouvoir voir leur enfant rapidement après sa naissance. Lorsque des interventions devaient être effectuées auprès du bébé, elles ont souligné l'importance que les professionnel·les trouvent, lorsque possible, un compromis leur permettant d'avoir tout de même un bref contact avec l'enfant avant d'en être séparées : « 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). Ce contact, même bref, pouvait les rassurer et soutenir leur sentiment de proximité avec leur enfant.

Enfin, les pratiques professionnelles pouvaient aussi soutenir les premiers moments de la maternité lorsque les professionnel·les tenaient compte de la situation particulière des participantes et de leur besoin d'accompagnement après la naissance. Une participante, qui était âgée de 22 ans au moment de son premier accouchement, a notamment souligné l'importance d'un accompagnement centré sur la transition vers le rôle maternel : « [...] ils ont été vraiment centrés [...] sur la transition [...] entre la jeune fille puis la maman [...], parce que c'est une transition qui se fait très rapidement, mais qui est très importante » (Participante 6). Cette forme

d'accompagnement contribuait à adoucir le passage vers la maternité et à soutenir les premiers moments partagés avec l'enfant.

DISCUSSION

Cette étude a permis d'explorer les perceptions de femmes ayant vécu une AS au cours de 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 des professionnel·les en périnatalité auprès de cette population. Considérant la proportion importante de femmes susceptibles d'avoir un antécédent d'AS et le manque de balises explicites pour guider les soins périnataux sensibles aux traumatismes, ces résultats contribuent à mieux cerner les pratiques susceptibles de les soutenir au moment de l'accouchement.

La visée de l'étude converge avec les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé, qui invitent à considérer l'accouchement comme une expérience multidimensionnelle, incluant le bien-être physique, psychologique et social des personnes qui accouchent (Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2021). Dans cette perspective, les résultats montrent que les pratiques professionnelles entourant l'accouchement, de sa préparation aux premiers moments suivant la naissance, peuvent influencer l'expérience qu'en gardent les participantes. Ils permettent également d'identifier des formes d'accompagnement jugées essentielles par les participantes pour favoriser un accouchement plus serein et réduire les risques de réactivation traumatique.

DES SOINS RELATIONNELS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Les pratiques professionnelles souhaitées par les participantes mettent en exergue un élément central à l'expérience d'accouchement : l'établissement d'une relation de confiance sécurisante avec les professionnel·les en périnatalité. Cette relation semble reposer en grande partie sur l'adoption d'une approche centrée sur la personne durant les épisodes de

soins, permettant aux participantes de se sentir respectées et 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, notamment par l'écoute active et la bienveillance, apparaît ainsi comme un levier important pour soutenir le bien-être psychologique des femmes ayant vécu une AS.

Cette approche semblait influencer 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 AS (Vidal et 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). Ils sont également cohérents avec les écrits associant les soins respectueux et centrés sur la personne à une expérience d'accouchement moins traumatique et à de meilleurs indicateurs de santé maternelle (Koç et Oğlak, 2025; Sudhinaraset et al., 2021). Les bénéfices de cette approche sont d'autant plus significatifs que, comme mentionné par une participante, elle contribuait à sa disponibilité émotionnelle après l'accouchement ainsi qu'au sentiment de connexion avec son bébé à la naissance.

UNE APPROCHE SENSIBLE AUX TRAUMAS

Les résultats mettent aussi en lumière l'importance d'offrir des soins périnataux sensibles au vécu d'AS, tout en les personnalisant selon les besoins, les préférences et les réactions propres à chaque femme. Ce besoin de personnalisation concorde avec l'étude de Seng et collaborateurs (2002), qui a illustré l'hétérogénéité des profils et des besoins de femmes ayant vécu une AS dans le cadre des soins périnataux. Dans la présente étude, certaines participantes souhaitaient que leur passé traumatique soit connu des professionnel·les, alors que d'autres préféraient ne pas être questionnées à ce sujet, entre autres pour éviter d'être perçues comme des victimes.

Tableau 4

Recommandations découlant des résultats de l'étude pour les professionnel·les en périnatalité, afin de soutenir le bien-être psychologique, lors de l'accouchement, des femmes ayant vécu une agression sexuelle

Thème	Recommandation clinique	Recommandation liée à la formation continue
Planifier l'accouchement avec la femme	Soutenir un plan de naissance flexible, incluant les préférences, les limites et les stratégies en cas d'imprévu.	Former les professionnel·les à intégrer la préparation psychologique à la préparation médicale de l'accouchement.
Soutenir le pouvoir d'agir pendant les soins	Expliquer les interventions, offrir des choix et demander le consentement avant les soins.	Développer les compétences liées au consentement continu, y compris en contexte d'urgence ou de soins intimes.
Construire une relation de confiance sécurisante	Adopter une approche centrée sur la personne, empreinte d'écoute, de respect, de douceur et de réassurance.	Former les professionnel·les aux habiletés relationnelles favorisant la sécurité émotionnelle.
Adapter les soins pour réduire les risques de retraumatisation	Explorer les inconforts liés aux soins intimes sans imposer le dévoilement d'une agression sexuelle, et ajuster les interventions lorsque cela est possible.	Former les professionnel·les à reconnaître les signes de réactivation traumatique et les déclencheurs potentiels, ainsi qu'à intervenir de façon sensible aux traumatismes en contexte d'accouchement.
Favoriser les liens significatifs autour de la naissance	Inclure les personnes accompagnatrices et favoriser le contact avec le bébé selon les souhaits de la femme et le contexte clinique.	Sensibiliser les équipes au rôle des liens significatifs dans le sentiment de sécurité pendant et après l'accouchement, et les outiller pour accompagner les personnes accompagnatrices.

Ces résultats soutiennent l'importance d'adopter une approche sensible aux traumatismes auprès de toutes les femmes, indépendamment du dévoilement d'un vécu traumatique, tout en sollicitant leur consentement avant de documenter ou de partager un dévoilement spontané. Une telle approche permettrait de contourner en partie l'enjeu du dévoilement, tout en assurant un environnement sécuritaire et sensible pour toutes (Owens et al., 2022). Les résultats de l'étude font écho aux principes de cette approche, dont la confiance, la transparence, le choix, le contrôle, le partage du pouvoir et le respect de l'histoire personnelle (SAMHSA, 2014). Ils rejoignent également les écrits sur les savoirs expérientiels des patient·es, qui invitent à reconnaître les connaissances issues de leur histoire, de leur corps et de leur parcours de soins comme complémentaires aux savoirs professionnels (Jouët-Pastré et al., 2010; Pomey et al., 2015).

DES PRATIQUES FAVORABLES FORMULÉES EN REGARD D'EXPÉRIENCES VÉCUES COMME ÉPROUVANTES

Par ailleurs, bien que le recrutement ne ciblait pas spécifiquement les femmes ayant vécu des expériences d'accouchement difficiles, la majorité des participantes ont rapporté des accouchements vécus comme traumatiques ou marqués par une détresse importante, ce qui fait écho aux écrits documentant le lien entre les antécédents d'AS et l'accouchement traumatique (Verreault et al., 2012; Zambaldi et al., 2016). Certaines participantes ont fait état de contextes de soins marqués par un sentiment d'intrusion, de contrainte ou de non-respect, pouvant s'apparenter à des violences gynécologiques et obstétricales. Ces propos s'inscrivent dans un contexte où ces violences sont de plus en plus documentées, une méta-analyse menée dans des pays à revenus élevés estimant leur prévalence globale à 45,3 % (Fraser et al., 2025). Ces vécus semblent avoir orienté les attentes des participantes envers des pratiques favorisant le consentement, la sécurité émotionnelle, le pouvoir d'agir et la réduction des risques de réactivation traumatique, soit des conditions étroitement liées au bien-être psychologique pendant l'accouchement, selon les résultats de notre étude.

Cette perspective doit être prise en compte dans l'interprétation des résultats, tout en soulignant que ceux-ci demeurent cohérents avec les études menées auprès de femmes ayant des antécédents d'AS. Ces travaux mettent également en évidence l'importance d'éviter les gestes intrusifs ou non consentis, de préserver le sentiment de contrôle, de favoriser une communication claire et de reconnaître la vulnérabilité particulière que peuvent susciter certains soins périnataux pour ces femmes (Gordon et al., 2025; LoGiudice et al., 2016; Montgomery, 2013).

Le Tableau 4 présente les recommandations cliniques et de formation continue découlant de l'analyse des expériences rapportées par les participantes. Bien qu'elles puissent guider l'ensemble des professionnel·les impliqué·es en périnatalité, ces recommandations ont été formulées en portant une attention particulière à la pratique infirmière.

LIMITES DE L'ÉTUDE

Les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière de certaines limites et considérations. L'homogénéité de l'échantillon, notamment sur le plan de l'ethnicité et de la configuration conjugale hétéroparentale, peut limiter la transférabilité des résultats à des femmes présentant des profils sociodémographiques et familiaux plus diversifiés (p. ex., la prise en compte de la culture, voir Tremblay et al., 2024). Une autre limite concerne le fait que les analyses n'ont pas été réalisées pour distinguer les perceptions selon la parité. Or, les besoins d'accompagnement pourraient différer entre les participantes primipares et multipares.

L'étude n'ayant pas sondé le point de vue des professionnel·les en périnatalité, il apparaît également essentiel d'explorer comment leur contexte d'exercice et leurs obligations professionnelles peuvent s'arrimer aux préférences rapportées par les participantes. Enfin, bien que la possibilité d'une retraumatisation lors de l'accouchement chez les femmes ayant vécu une AS et ses conséquences possibles soit documentée (Gordon et al., 2025; Suarez et Yakupova, 2024), peu d'initiatives concrètes visant à soutenir des soins périnataux sensibles à cette réalité semblent avoir été

développées au Québec comme ailleurs (Montgomery et Duckworth, 2025). Il apparaît donc nécessaire de mieux comprendre les obstacles individuels, organisationnels et systémiques qui freinent leur implantation. Enfin, même si plusieurs pratiques rapportées peuvent s'inscrire plus largement dans des principes de soins respectueux bénéfiques à l'ensemble des femmes qui accouchent (Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2021), les résultats montrent qu'elles prennent une importance particulière, du point de vue des participantes, dans le contexte d'un vécu d'AS.

CONCLUSION

Cette étude qualitative a exploré les perceptions de femmes ayant vécu une AS quant à la contribution des professionnel·les en périnatalité à leur bien-être psychologique lors de l'accouchement au sein du système de santé québécois. Les résultats mettent en évidence l'importance de reconnaître ces femmes comme des partenaires à part entière dans leurs soins, de soutenir leur pouvoir d'agir et de favoriser une relation de confiance empreinte de sécurité émotionnelle. Ils suggèrent également que les pratiques perçues comme bénéfiques reposent moins sur la mise en place de services additionnels que sur une façon d'offrir les soins fondée sur le consentement, la sécurité émotionnelle, l'individualisation des interventions, la sensibilité au vécu traumatique et le respect des besoins exprimés par les femmes. En contribuant à une meilleure compréhension des attentes et des perceptions de femmes ayant vécu une AS, cette étude offre des pistes concrètes pour soutenir le développement de pratiques périnatales plus sensibles aux traumatismes sexuels. Ces pratiques pourraient ainsi contribuer au bien-être psychologique des femmes, soutenir leur pouvoir d'agir et réduire les risques de réactivation traumatique lors de l'accouchement. Elles pourraient également contribuer à limiter certaines répercussions familiales et professionnelles associées aux expériences d'accouchement traumatiques, entre autres, sur

les partenaires, la relation parent-enfant et les professionnel·les impliqué·es dans les soins.

Contribution des auteur·trices : MRP a réalisé les analyses et a rédigé l'article. RL a conceptualisé l'étude, supervisé l'ensemble des étapes du projet, participé aux analyses et à la rédaction de l'article. CL 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, Christine Drouin-Maziade et Nicolas Berthelot 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 : RL a reçu un financement du ministère de la Justice du Québec pour la réalisation du projet rapporté dans l'article.

Déclaration de conflits d'intérêts : Les auteur·trices déclarent qu'il n'y a pas de conflits d'intérêts.

Déclaration d'intelligence artificielle (IA) générative et de technologies assistées par IA : Les auteur·trices déclarent qu'aucun outil d'IA générative et de technologies assistées par IA n'a été utilisé dans la création de cet article.

Reçu/Received: 20 Nov/Nov 2025 **Publié/Published:** 24 Août/August 2026

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
- Benyamini, Y., Delicate, A., Ayers, S., Dikmen-Yildiz, P., Gouni, O., Jonsdottir, S. S., Karlsdottir, S. I., Kömürçü Akik, B., Leinweber, J., Murphy-Tighe, S., Pajalic, Z., Riklikiene, O. et 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), e0299151. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299151>
- Berman, Z., Thiel, F., Kaimal, A. J. et Dekel, S. (2021). Association of sexual assault history with traumatic childbirth and subsequent PTSD. *Archives of Women's Mental Health*, 24, 767–771. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01129-0>
- Brooks, J. et King, N., (2014). Doing template analysis: Evaluating an end-of-life care service. Dans *Sage Research Methods Cases Part 1*. SAGE Publications, Ltd. <https://doi.org/10.4135/978144627305013512755>
- Colorafi, K. J. et Evans, B. (2016). Qualitative descriptive methods in health science research. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 9(4), 16–25. <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
- Denzin, N. K. et Lincoln, Y. S. (2018). Introduction: The Discipline and Practice of Qualitative Research. Dans N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (dir.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (5^e éd., p. 1–24). Sage.
- Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J. et Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 65–81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>
- Fraser, L. K., Cano-Ibáñez, N., Amezcua-Prieto, C., Khan, K. S., Lamont, R. F. et 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. et 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. et Joly, J. (2009). Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 54(9), 631–636. <https://doi.org/10.1177/070674370905400908>
- Institut national de santé publique du Québec. (2025, 27 octobre). *Ampleur de la violence sexuelle vécue à l'âge adulte*. <https://www.inspq.qc.ca/violence-sexuelle/statistiques/adultes>
- Jain, V., Chari, R., Maslovitz, S. et 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 = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, 38(12S), S665–S687. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.070>
- Jouët-Pastré, E., Flora, L. G. et Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients : Note de synthèse. *Pratiques de formation / Analyses*, 58-59, 13–94. <https://doi.org/10.3406/pfa.2010.950>
- Karlsdottir, S. I. et Leap, N. (2025). The importance of promoting positive childbirth experiences for women: A perspective paper. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, 1599249. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1599249>
- Karlström, A., Nystedt, A. et Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: Focus group discussions with women. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 251. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
- Koç, Ö. et 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), 532. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07553-9>
- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E. et Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(4), 687–696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- Leinweber, J. et Stramrood, C. (2024). Improving birth experiences and provider interactions: Expert opinion on critical links in Maternity care. *European journal of midwifery*, 8, 10.18332/ejm/191742. <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>
- Long, T., Aggar, C., Grace, S. et Thomas, T. (2022). Trauma informed care education for midwives: An integrative review. *Midwifery*, 104, 103197. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103197>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024). *Plan d'action en périnatalité et petite enfance 2023-2028*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-918-37W.pdf>

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2026). *Cadre de référence pour les rencontres prénatales de groupe*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2026/26-918-01W.pdf>
- 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. et 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, 1597924. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1597924>
- Montgomery, E. M. W., Pope, C. et Rogers, J. (2015). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: A qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 15, 194. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0626-9>
- Neergaard, M. A., Olesen, F., Andersen, R. S. et Sondergaard, J. (2009). Qualitative description - the poor cousin of health research?. *BMC medical research methodology*, 9, 52. <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., Berdun, D. R. et Hossain, S. (2024). The impact of severe perinatal events on maternity care providers: a scoping review. *BMC health services research*, 24(1), 171. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10595-y>
- Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. (2021). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c0132eb3-2d31-493c-aacd-35777ae334da/content>
- Owens, L., Terrell, S., Low, L. K., Loder, C., Rhizal, D., Scheiman, L. et 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>
- Phillippi, J. et Lauderdale, J. (2018). A Guide to Field Notes for Qualitative Research: Context and Conversation. *Qualitative Health Research*, 28(3), 381–388. <https://doi.org/10.1177/1049732317697102>
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N. et Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 1(HS), 41–50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>
- Raposo, N. M. et 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>
- 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)
- Seng, J. S., Sparbel, K. J., Low, L. K. et 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. et Rapisardi, G. (2020). The mother-child attachment bond before and after birth: The role of maternal perception of traumatic childbirth. *Early Human Development*, 142, 104956. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956>
- Suarez, A. et Yakupova, V. (2024). Effects of postpartum PTSD on maternal mental health and child socioemotional development - a two-year follow-up study. *BMC pediatrics*, 24(1), 789. <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05282-0>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014, July). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach* (HHS Publication. No. (SMA 14-4884). 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. et Afulani, P. A. (2021). Person-centered maternity care and postnatal health: Associations with maternal and newborn health outcomes. *AJOG Global Reports*, 1(1), 100005. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2021.100005>
- Tremblay, J., Leclerc, A.-M., Lemieux, R., Cleary, J., Weizineau, E. et 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. et Webb, R. (2022). The perceived impact of birth trauma witnessed by maternity-health professionals: A systematic review. *Midwifery*, 114, 103460. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103460>
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M. et 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. et 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>

- Ward L. G. (2020). Trauma-Informed Perinatal Healthcare for Survivors of Sexual Violence. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 34(3), 199–202. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000501>
- Woldie, S. A., Walker, G., Bergman, S., Diemer, K., Block, K., Armstrong, G., Kaba, M. et Vaughan, C. (2025). The association between sexual violence and mental disorders among women victim-survivors in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*, 10(3), e017962. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2024-017962>
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Farias, J. V., Moraes, G. P. et Sougey, E. B. (2016). Incidence and associated factors with traumatic childbirth in postpartum Brazilian women. *Summa Psicológica UST*, 13(2), 5–12.