

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE PRÉSENTÉE À
LA FACULTÉ DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D. Ps.)

PAR
NADA ESSEILY

EXPÉRIENCE DE LA GROSSESSE
ET DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ DES FEMMES AYANT VÉCU
UNE AGRESSION SEXUELLE PENDANT L'ENFANCE : ÉTUDE DE CAS
MULTIPLES

DÉCEMBRE 2018

Composition du jury

Expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une agression sexuelle pendant l'enfance : étude de cas multiples

Cette thèse a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Claud Bisailon, Ph. D., professeure
Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Marc Tourigny, Ph. D., directeur de recherche
Département de l'éducation, Université de Sherbrooke

Mélanie Couture, Ph. D., codirectrice de recherche
Département de psychologie, Université de Sherbrooke

Karine Baril, Ph. D., professeure
Département de l'éducation, Université de Sherbrooke

Sommaire

Cette étude vise à explorer les conséquences de l'agression sexuelle pendant l'enfance (ASE) sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu de telles agressions. Les objectifs de la présente étude sont : 1) de décrire comment les survivantes d'ASE vivent l'expérience de la grossesse et de l'accouchement et 2) d'identifier comment l'ASE influence l'expérience de la grossesse et de l'accouchement selon les participantes. Une étude qualitative de cas multiples a été effectuée auprès de trois mères primipares de la région de Montréal ayant une histoire d'ASE et qui ont été recrutées sur les réseaux sociaux. L'analyse thématique a été réalisée à partir des verbatims des entrevues individuelles avec les participantes et des journaux de bord. Les résultats de l'étude démontrent que la grossesse, de façon générale, est vécue comme une période stressante qui ravive des émotions négatives en lien avec les ASE, mais qui comporte également des éléments positifs. Plusieurs éléments ont été abordés par ces femmes : l'importance du couple et l'interaction avec le personnel médical, la protection du bébé et la labilité émotionnelle lors de la grossesse. La présente étude montre que l'ASE a une influence sur la grossesse en termes de préoccupations et d'acceptation concernant le sexe du bébé, l'anticipation du rôle de mère et le déclenchement des souvenirs de l'ASE chez les participantes. Quant à l'accouchement, il est également vécu à la fois positivement (sentiments de bonheur et d'accomplissement, etc.), mais aussi comme étant une expérience stressante. Le rôle des

personnes soignantes à l'accouchement a aussi de l'importance pour les participantes. En effet, les professionnels de la santé peuvent rendre l'expérience rassurante ou stressante. Un certain besoin de contrôle est exprimé par les participantes à travers leur souhait d'avoir un plan de naissance. La gestion de la douleur, les effets résultant de la dynamique familiale et la perception de l'image du corps à l'accouchement font partie des éléments essentiels pour ces femmes. Quant à l'accouchement en soi, il déclenche ou non des souvenirs d'ASE. Il existe aussi des réactions au toucher du personnel soignant et des complications d'accouchement intergénérationnelles. La divulgation ou non de l'histoire d'ASE joue aussi un certain rôle. Enfin, la douleur ravive la douleur vécue lors de l'ASE. En conclusion, l'ASE affecte l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez les participantes. Toutefois, cela n'empêche pas que ces femmes puissent vivre les deux volets explorés dans cette étude de façon positive. La présente étude contribue à une meilleure compréhension des difficultés, lors de la grossesse et de l'accouchement, des femmes ayant vécu une ASE. Les retombées potentielles pour la pratique, dans le but de mieux soutenir ces femmes, ainsi que les avenues de recherche pour mieux approfondir la réalité de celles-ci, sont également discutées.

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	5
Le vécu de la grossesse et de l'accouchement : Entre le positif et le négatif.....	6
Le vécu de la grossesse.....	6
Le vécu de l'accouchement	9
Conséquences de l'ASE sur le fonctionnement psychologique, sexuel et physique chez les femmes en général.....	11
L'aspect psychologique	12
L'aspect physique	13
L'aspect sexuel	14
Conséquences de l'ASE sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement	14
Lors de la grossesse	19
Lors de l'accouchement.....	26
Objectifs de l'étude	37
Méthode.....	38
Devis de recherche	39
Échantillonnage	41
Méthode et collecte des données	45
Analyse des données	47
Critères de scientificité.....	49

Objectivité.....	50
Fidélité.....	50
Crédibilité (validité interne)	51
Transférabilité (validité externe)	51
Aspects éthiques de l'étude	52
Résultats	54
Premier cas : Éliane.....	55
Expérience de la grossesse.....	56
Influence de l'ASE sur l'expérience de la grossesse	60
Expérience d'accouchement	62
Influence de l'ASE sur l'accouchement	64
Conclusion	65
Deuxième cas : Sarah	66
Expérience de la grossesse.....	67
Influence de l'ASE sur l'expérience de la grossesse	72
Expérience d'accouchement	74
Influence de l'ASE sur l'accouchement	79
Conclusion	81
Troisième cas : Alice.....	82
Expérience de la grossesse.....	84
Influence de l'ASE sur son expérience de grossesse.....	88
Expérience de l'accouchement	92

Influence de l'ASE sur son expérience d'accouchement	94
Conclusion	96
Analyse comparative des trois cas : similitudes et différences	97
Expérience de la grossesse.....	98
Expérience de l'accouchement	106
Discussion	116
Expérience de la grossesse	117
Comment les survivantes d'une ASE vivent-elles l'expérience de la grossesse?.....	117
Éléments contextuels liés à l'ASE et influençant l'expérience de la grossesse.....	122
Expérience de l'accouchement.....	125
Comment les survivantes d'une ASE vivent-elles l'expérience de l'accouchement?	125
Éléments contextuels liés à l'ASE et influençant l'expérience de l'accouchement	128
Limites et forces de l'étude	133
Recommandations cliniques.....	135
Conclusion	140
Références	144
Appendice A Affiche de l'étude	154
Appendice B Lettre d'information pour divers collaborateurs	156
Appendice C Lettre d'information pour les participantes.....	159
Appendice D Guide d'entrevue.....	161

Appendice E Questionnaire sociodémographique	164
Appendice F Journal de bord	166
Appendice G Formulaire de consentement et lettre d'information.....	169

Liste des tableaux

Tableau 1. Résumé des études qualitatives portant sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une ASE.....	19
Tableau 2. Renseignements sociodémographiques des trois participantes.....	98
Tableau 3. Comparaison de la période de la grossesse chez les trois participantes.....	99
Tableau 4. Comparaison des effets de l'ASE sur la grossesse chez les trois participantes	104
Tableau 5. Comparaison de la période d'accouchement chez les trois participantes	107
Tableau 6. Comparaison de l'impact de l'ASE sur l'accouchement chez les trois participantes	112

Remerciements

C'est un grand plaisir pour moi d'exprimer l'immense gratitude que j'ai envers chacune des personnes m'ayant accompagnée dans cette longue démarche qui fut heureuse, très enrichissante, stimulante, et aussi émouvante et très difficile par moments.

Je tiens tout d'abord à remercier mon directeur de thèse, Marc Tourigny, pour la confiance qu'il a témoignée à mon égard en acceptant de diriger mon projet doctoral, pour son soutien et surtout sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce projet. Marc, tes précieux conseils et tes commentaires m'ont permis de développer des habiletés dans le domaine de la recherche, notamment en accentuant la rigueur scientifique dans chacune des étapes de ce projet. Ces habiletés me serviront beaucoup dans ma carrière. Je tiens à remercier ma codirectrice de thèse, Mélanie Couture, qui a accepté de se joindre à nous. Je te remercie de m'avoir accueillie dans ton milieu de travail afin de m'offrir un lieu idéal pour achever ce projet. Merci de ton soutien psychologique et de tes encouragements à chacune des étapes de l'analyse des données. Merci de m'avoir appris beaucoup.

Je souhaite également témoigner mon immense gratitude aux participantes d'avoir accepté de prendre part à cette étude. Sans elles, ce projet n'aurait pas vu le jour. Je vous remercie d'avoir partagé avec moi vos moments les plus douloureux, mais aussi les plus heureux en me présentant vos bébés. Ce fut un moment émouvant et heureux de voir vos trois adorables bébés et de les prendre dans mes bras.

Je tiens aussi à remercier mes amis, qui m'ont soutenue et écoutée parler de mon vécu, qui ont corrigé mes fautes et reformulé mes phrases, etc. Merci de m'avoir entourée avec tant d'amour. Je remercie mes collègues de travail, qui m'ont nourrie avec des idées très intéressantes dans mes démarches.

Je remercie mon ami Jean François Martel pour la correction de plusieurs parties de mon projet et pour m'avoir aidée d'un point de vue linguistique. Je tiens également à remercier Gabriel Bouchard, étudiant à l'université et le fils d'une amie chère, de m'avoir aidé d'un point de vue technique.

Je tiens particulièrement à remercier ma très chère amie Marielle Lamy, qui m'a accompagnée dès le début, dans presque chaque moment, chaque émotion et chaque ligne de ce projet. Tu as été pour moi l'amie, la sœur, la mère et une personne très stimulante; merci énormément.

Finalement, avec beaucoup d'émotions, j'exprime ma reconnaissance à mon père, qui m'a toujours accompagnée et soutenue toute sa vie dans mon parcours scolaire et professionnel. Tu aurais toujours aimé me voir à cette étape de ma vie, m'y voilà. J'aurais aimé que tu sois présent pour témoigner de ta fierté envers moi. Mon projet aurait été difficilement réalisable sans l'appui et le soutien moral et financier de ma

famille, notamment ma mère. Même si vous êtes géographiquement très loin de moi, vous m'avez accompagnée et soutenue.

Introduction

Depuis une trentaine d'années, le public devient de plus en plus conscient que l'agression sexuelle pendant l'enfance (ASE) est un événement fréquemment vécu (Tourigny & Baril, 2011). Dans leur méta-analyse effectuée à partir de 65 études scientifiques, Pereda, Guilera, Forns et Gómez-Benito (2009) déterminent que le taux moyen de la prévalence des ASE à l'échelle internationale est de 7,9 % chez les hommes et de 19,7 % chez les femmes. Au Québec, deux études de prévalence auprès d'un échantillon représentatif de la population québécoise tendent à confirmer qu'environ une femme sur cinq déclare avoir été agressée sexuellement au cours de son enfance (Tourigny, Gagné, Joly, & Chartrand, 2006; Tourigny, Hébert, Joly, Cyr, & Baril, 2008).

Toujours au Québec, les statistiques sur les agressions sexuelles montrent que plus de la moitié des victimes d'agression sexuelle (AS), quand l'incident a été signalé à la police, étaient des jeunes filles de moins de 18 ans. En termes d'incidence, les statistiques du ministère de la Santé et des Services sociaux indiquent que le nombre annuel d'enfants victimes d'ASE signalé à la DPJ a augmenté d'une manière importante entre 1970 et 1990 (Lavergne & Tourigny, 2000; Tourigny, 1991). Entre 1998 et 2005, l'analyse de l'Observatoire sur les mauvais traitements envers les enfants au Québec témoigne que le taux d'incidence des agressions sexuelles a connu une hausse d'environ 11 % durant cette période (Collin-Vézina, Hélie, & Roy, 2009).

L'ASE, en plus de ses conséquences immédiates, génère des conséquences à long terme (Leeners, Richter-Appelt, Imthurn, & Rath, 2006). En effet, les survivantes peuvent rencontrer plusieurs problèmes à l'âge adulte dont un état de stress post-traumatique (ESPT), des distorsions cognitives, de la détresse émotionnelle, de l'évitement, des difficultés interpersonnelles, une faible estime de soi, des difficultés de parentalité, de la dépression, de l'incapacité à faire face au stress et une augmentation des risques d'une maladie physique (Kendall-Tackett, 1998). Quelques études ont montré un ensemble de conséquences de l'ASE sur l'expérience de la maternité, que ce soit pendant les périodes prénatales, anténatales et postnatales (Heritage, 1998). Les femmes ayant vécu une ASE peuvent aussi manifester plus de stress, d'anxiété, de symptômes dépressifs et de la dissociation pendant leur grossesse et leur accouchement, comparativement aux femmes sans histoire d'ASE (Leeners et al., 2006; Leeners, Stiller, Block, Görres, Rath, & Tschudin, 2013). De plus, l'accouchement est parfois vécu comme un viol par certaines survivantes (Issokson, 2004; Klaus, 2010; Leeners et al., 2006; Roussillon, 1998).

De façon plus spécifique, l'expérience de la grossesse et de l'accouchement est affectée par l'expérience d'ASE. Plusieurs éléments vécus lors cette période peuvent déclencher des souvenirs rattachés à l'ASE, en raison d'une certaine similarité entre les deux expériences. En effet, lors de la grossesse, la femme semble revivre certains aspects de son ASE (Courtois & Riley, 1992). L'examen vaginal, l'exposition du corps

et la nudité sont des éléments qui peuvent raviver des souvenirs d'ASE chez les femmes ayant vécu une telle histoire (Klaus, 2010; Leeners, Stiller, Block, Görres, Rath, & Tschudin, 2014). Le sexe du bébé peut susciter une certaine angoisse. La présence d'un garçon à l'intérieur d'elle peut rendre les femmes inconfortables alors qu'une fille peut susciter des inquiétudes, comme celle de ne pas pouvoir éventuellement la protéger de l'ASE (Klaus, 2010; Rainelli, Orliaguet, & Villars, 2012). D'ailleurs, certains aspects lors de l'accouchement raniment des souvenirs douloureux de l'ASE (Christensen, 1992; Heritage, 1998; Kendall-Tackett, 2004; Lipp, 1992; LoGiudice & Beck, 2016; Simkin & Klaus, 2004; Waymire, 1997). La position lors de l'accouchement, la douleur vécue lors du travail d'accouchement, le toucher des personnes soignantes, l'utilisation de certains instruments comme les forceps sont également des éléments vécus difficilement par les femmes ayant une histoire d'ASE lorsqu'elles accouchent. Ces éléments déclenchent des souvenirs d'ASE chez les survivantes et peuvent avoir un impact négatif sur le déroulement de l'accouchement, d'où l'importance d'étudier comment les survivantes d'ASE vivent l'expérience de la grossesse et de l'accouchement pour amener une meilleure compréhension de leur vécu afin de contribuer à offrir un soutien adéquat à ces femmes.

Contexte théorique

Dans ce premier chapitre de la thèse, certaines études portant sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement dans la population générale afin d'avoir un aperçu de certains aspects positifs et négatifs y étant reliés seront d'abord présentées. Ensuite, une brève présentation des conséquences de l'ASE sur les survivantes à l'âge adulte sur les plans physique, psychologique et sexuel sera abordée. Finalement, l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez les femmes ayant vécu une ASE complétera la documentation. D'abord, les résultats d'études quantitatives, de travaux cliniques et de recension des écrits qui ont abordé ces sujets seront présentés. Dans un deuxième temps, dix études qualitatives qui traitent du sujet de la présente étude seront détaillées afin d'approfondir la compréhension du vécu de ces femmes.

Le vécu de la grossesse et de l'accouchement : Entre le positif et le négatif

Le vécu de la grossesse

La grossesse et la mise au monde d'un enfant représentent pour une femme de véritables épreuves sur les plans physiologique et psychique. La grossesse est avant tout un événement heureux pour la majorité des femmes. En effet, elle est associée à des sentiments de plénitude et de sérénité. C'est une étape qui permet à la femme de « donner la vie », d'accomplir son désir d'avoir un enfant et de devenir une mère, un rôle généralement valorisé par l'entourage (Lethu Abtey, 2008). En même temps, la

grossesse est une période angoissante pour certaines femmes et plus particulièrement pour les primipares (Danish, Fawad, & Abbasi, 2010; Okpere, 2004); elle met la femme devant l'inconnu. Les difficultés vécues, la peur et la douleur peuvent y être associées. La grossesse peut aussi devenir un moment de remaniement et de fragilité psychologique. La dépression est également parmi les conséquences psychologiques les plus communes chez les survivantes d'ASE lors de la période périnatale (Wosu, Gelaye, & Williams, 2015).

D'ailleurs, la grossesse peut s'accompagner de troubles émotionnels et d'une modification du caractère. Selon Riquin et al. (2015), ces manifestations peuvent être dues aux transformations corporelles et aux changements d'identité liés au passage du statut de fille à celui de mère. Ces mêmes auteurs démontrent que les troubles psychologiques sont variables et présents au cours des trois trimestres de la grossesse. Lors du premier trimestre, la labilité émotionnelle prend une place importante et se définit par des moments d'anxiété, une irritabilité et un certain vécu dépressif sans manifestation clinique de dépression. Ces états émotionnels transitoires sont sous-jacents à des inquiétudes qui accompagnent la grossesse telles que la peur d'avoir un enfant atypique, de le perdre, « de ne pas être à la hauteur » et de décevoir dans son rôle de mère, etc. L'instabilité émotionnelle et l'angoisse diminuent lors du deuxième trimestre, étant donné que la réalité de la grossesse est mieux perçue (mouvements fœtaux, échographies, etc.). Finalement, lors du troisième trimestre, c'est la peur de

l'accouchement et de l'anormalité de l'enfant qui devient le centre de l'angoisse maternelle. Toutefois, ces symptômes ont une fonction adaptative et non pathologique sauf lorsqu'ils deviennent plus intenses.

D'autres manifestations physiologiques sont aussi notées chez les femmes lors de leur grossesse (Chabbert & Wendland, 2016). Les vomissements de même que les nausées sont extrêmement fréquents au début de la grossesse. Ils sont considérés comme étant la symptomatologie psychosomatique « normale » la plus classique de la grossesse. L'anxiété est une autre manifestation normale de la grossesse observée fréquemment au cours du premier et du troisième trimestre. Les peurs en lien avec le déroulement de la grossesse et de l'état du fœtus sont courantes. Certaines femmes peuvent faire l'expérience de véritables crises de panique ou des pensées obsédantes en lien avec la peur potentielle de tuer l'enfant qui va naître. Cette angoisse peut, dans certains cas, déclencher des contractions utérines ou menacer d'un accouchement prématuré. Les états dépressifs lors de la grossesse sont d'une intensité légère à moyenne et ne surviennent que dans 10 à 20 % des cas. Ils sont plus fréquents au début de la grossesse. Certains facteurs psychosociaux semblent favoriser ces états comme la grossesse à l'adolescence, les difficultés affectives ou matérielles et les antécédents personnels et familiaux (Riquin et al., 2015).

Le vécu de l'accouchement

L'accouchement est également considéré comme un moment significatif, voire un rite de passage pour la femme qui lui permet la transition à la maternité (Fox & Worts, 1999; Davis-Floyd, 1987). C'est un événement heureux et également un passage attendu avec impatience permettant de découvrir l'enfant réel. D'un autre côté, environ le tiers des femmes décrivent de façon négative leur accouchement (Chabbert & Wendland, 2016; Creedy, 2002), et ce, plus souvent en situation de célibat et de primiparité. En revanche, les femmes en couple et multipares vivent leur accouchement de manière plus positive (Chabbert & Wendland, 2016).

Pour l'ensemble des participantes à l'étude de Lethu Abtey (2008), certains aspects de l'accouchement sont vécus négativement. En effet, cette période peut s'accompagner de la peur de souffrir et de complications. L'accouchement peut également être une source potentielle de stress (Tietjen & Bradley, 1985). Donner naissance est un événement considéré comme étant extrêmement stressant, voire une expérience traumatique dans certains cas, et peut entraîner des séquelles psychologiques nuisibles à la relation mère-enfant plus tard. Les symptômes d'un ESPT consécutif à un accouchement ont été décrits pour la première fois en 1987 (Arizmendi & Affonso, 1987; Fones, 1996; Moleman, Van der Hart, & Van der Kolk, 1992). Par la suite, d'autres études ont montré un lien entre le vécu de l'accouchement et un ESPT (Ayers, Eagle, & Waring, 2006; Boudou, Teissède, Walburg, & Chabrol, 2007). Une mort

néonatale potentielle transforme l'accouchement en expérience négative, voire traumatisante, à la fois sur les plans physique et psychologique. Plusieurs facteurs peuvent déclencher un ESPT chez la femme lors de son accouchement, comme la douleur, le manque de contrôle, le manque de soutien social perçu, les antécédents de traumatismes, etc. (Denis, Parantb, & Callahan, 2011).

Le sentiment de contrôle est un élément très important pour les femmes au moment de l'accouchement et joue un rôle essentiel dans leur perception de cet événement comme étant positif ou négatif. En effet, la perte de contrôle, l'impuissance et le manque d'information concernant les procédures de l'accouchement sont des éléments liés aux troubles psychologiques, dont l'ESPT en post-partum (Harris & Ayers, 2012; Reynolds, 1997; Slade, 2006; Vythilingum, 2010). Au manque de contrôle s'ajoute la douleur, qui semble aussi avoir un impact significativement négatif sur le vécu des femmes lors de l'accouchement (Chabbert & Wendland, 2016).

Il est également nécessaire de mentionner que « se sentir compétente » lors de son accouchement est un élément essentiel pour la femme, ce qui a un impact positif sur sa perception. Le sentiment de compétence semble être plus important que le sentiment de sécurité pour certaines femmes (Chabbert & Wendland, 2016).

Dans les écrits scientifiques, une grande valeur est accordée au rôle des professionnels de la santé lors de la période de la grossesse et de l'accouchement. Ceux-ci peuvent jouer un rôle marquant tant sur le plan préventif dès la préparation à la naissance en prénatal, que sur le fait de rendre l'accouchement comme étant une expérience positive pour ces femmes (Bruggemann, Parpinelli, Osis, Cecatti, & Carvalhinto Neto, 2007). Il est donc primordial que ces femmes se sentent accompagnées et entendues tout au long de la période périnatale, lors de l'accouchement et durant la période postnatale (Riquin et al., 2015). En effet, les femmes ont besoin d'un soutien émotionnel (encouragement, compagnie, attention) qui peut les aider à se sentir confiantes et traitées avec du respect lors de l'accouchement (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2007; Iliadou, 2013).

Conséquences de l'ASE sur le fonctionnement psychologique, sexuel et physique chez les femmes en général

L'ASE a des conséquences non négligeables sur le fonctionnement psychologique, sexuel et physique chez les survivantes (Romans, Belaise, & Martin, 2002; Wescott, 1991; Westerlund, 1992). En fait, entre 74 % et 96 % des femmes ayant vécu une ASE présentent des problèmes physiques et psychologiques conséquents (Romans et al., 2002; Wescott, 1991).

L'aspect psychologique

Sur le plan psychologique, les femmes victimes d'ASE sont significativement plus à risque de satisfaire les critères diagnostiques des troubles en santé mentale comparativement aux femmes qui n'ont pas été agressées (Omar & Davidson, 2014). En effet, ces femmes sont plus susceptibles de présenter des symptômes dépressifs. Ratican (1992) décrit dans son étude la symptomatologie dépressive chez les femmes ayant une ASE, qui se traduit par des sentiments de dépréciation, des idées suicidaires, des problèmes du sommeil, des problèmes alimentaires, de culpabilisation et de responsabilisation de l'ASE. L'ASE est également associée, entre autres, aux traits anxieux, aux problèmes de sommeil, à la somatisation, à une faible estime de soi, à l'obésité, aux troubles alimentaires, à un sentiment d'isolement, à l'abus de substance, aux comportements suicidaires, aux difficultés relationnelles, aux problèmes sexuels et à la psychose (Omar & Davidson, 2014). Un autre impact psychologique de l'ASE concerne les problèmes d'image corporelle chez les survivantes, que Ratican (1992) associe à une sensation de saleté et de laideur chez celles-ci. L'ASE peut être vécue comme une expérience terrifiante, voire menaçante pour la vie, ce qui causerait un ESPT longtemps après l'expérience vécue (Briere & Runtz, 1988; Omar & Davidson, 2014). Les femmes ayant vécu une ASE semblent être plus à risque de présenter une symptomatologie dissociative, d'être revictimisées physiquement et sexuellement, de devenir mères à l'adolescence et d'avoir un bébé prématuré (Omar & Davidson, 2014).

D'ailleurs, la dissociation est également considérée comme un moyen d'adaptation qui semble être utilisé par les personnes ayant vécu une ASE lorsqu'elles se sentent anxieuses (King, 2009; Westerlund, 1992). Westerlund note dans son étude que 77 % des personnes ayant vécu une histoire d'inceste décrivent une réaction dissociative lors de l'agression et 53 % rapportent avoir continué à expérimenter une telle réaction plus tard. La dissociation se manifeste par un sentiment de confusion et de désorientation, des cauchemars, des souvenirs et des difficultés à vivre des émotions (Ratican, 1992). Finalement, des difficultés à établir des relations interpersonnelles sont également notées et se manifestent dans le manque de confiance, la peur de l'intimité, la peur d'être différente et bizarre, des difficultés à établir des limites et l'engagement dans des relations abusives (Ratican, 1992).

L'aspect physique

Sur le plan physique, quelques études démontrent que les victimes d'une ASE rapportent plus de plaintes somatiques comparativement aux femmes qui n'ont pas vécu d'ASE (Heritage, 1998; Hobbins, 2004; Monahan & Forgash, 2000; Ratican, 1992). Selon ces mêmes études, les plaintes somatiques les plus fréquentes observées chez les survivantes sont : une douleur pelvienne, de la douleur et de la fatigue chronique, des maux de tête, la manifestation du syndrome prémenstruel, de l'obésité morbide, des problèmes gastro-intestinaux, des troubles du sommeil, des conditions cardiovasculaires, des troubles musculosquelettiques, de l'asthme et des problèmes respiratoires.

L'aspect sexuel

Finalement, les survivantes d'ASE sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés sur le plan sexuel. Maltz (2002) donne une liste des 10 plus fréquents symptômes chez les personnes ayant vécu une agression sexuelle : de l'évitement, de la peur ou un manque d'intérêt pour le sexe, considérer la relation sexuelle comme une obligation, vivre des émotions négatives comme la colère, le dégoût et la culpabilité lorsqu'on les touche, avoir un sentiment de distance ou d'absence lors de la relation sexuelle, avoir des pensées ou des images sexuelles intrusives, des difficultés à établir et à maintenir une relation intime, s'engager dans des comportements sexuels inappropriés, des douleurs vaginales et des problèmes orgasmiques chez les femmes.

Conséquences de l'ASE sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement

Des études portant sur le sujet de la présente recherche seront présentées dans deux sections distinctes, soit une section sur la grossesse et une autre section sur l'accouchement chez les femmes ayant vécu une ASE. Dans chaque section, les résultats seront regroupés sous la forme de thèmes. Les études quantitatives sont présentées brièvement alors que les 10 études qualitatives recensées seront détaillées davantage étant donné l'importance qu'elles accordent à l'expérience subjective des participantes. Le tableau 1 résume chacune de ces études (auteur, objectif, échantillon, principaux résultats, etc.).

Tableau 1

Résumé des études qualitatives portant sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une ASE

Étude	Objectif	Échantillon	Devis de recherche, méthode de collecte et d'analyse de données	Résultats
Burian (1995), États-Unis	Étude sur l'accouchement des femmes ayant vécu une ASE. But : Identifier les caractéristiques communes de ces femmes qui peuvent être utilisées comme un guide pour un soin délicat lors de l'accouchement.	7 femmes ayant vécu une ASE 2 professionnelles de la santé qui travaillent avec des survivantes	<ul style="list-style-type: none"> • Étude qualitative rétrospective • Entrevues individuelles • Analyse thématique 	Cinq thèmes sont identifiés : divulgation, évitement des soins, plaintes somatiques fréquentes, problèmes de contrôle, dissociation pendant les procédures médicales.
Coles et Jones (2009), Australie	Étude sur la période prénatale et postnatale des femmes ayant vécu une ASE. But : Explorer les réactions des survivantes liées aux touchers des professionnels en périnatalité et aux examens médicaux d'elles-mêmes et de leurs bébés.	18 femmes ayant vécu une ASE	<ul style="list-style-type: none"> • Étude qualitative rétrospective • Entrevues individuelles • Analyse thématique 	Deux grands thèmes sont identifiés et considérés comme importants pour améliorer la prestation des services. Le premier est lié aux difficultés à se sentir en sécurité lors des rencontres cliniques. Le deuxième est comment rendre la prestation de service plus sécuritaire; pour cela, trois sous-thèmes sont identifiés : relation avec le personnel, accès au service et impact de la connaissance du personnel au sujet du trauma.

Tableau 1

Résumé des études qualitatives portant sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une ASE (suite)

Étude	Objectif	Échantillon	Devis de recherche, méthode de collecte et d'analyse de données	Résultat
Garratt (2008), Royaume-Uni	<p>Étude sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement des femmes ayant vécu une histoire d'ASE.</p> <p>But : Étudier l'expérience de ces femmes qui ont utilisé des services de maternité pour comprendre les difficultés rencontrées lors de la grossesse, de l'accouchement et au début de la période de parentalité</p>	20 femmes ayant vécu une ASE dont 10 participantes sont aussi des sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> Étude qualitative rétrospective Entrevues individuelles Théorisation ancrée 	Modèle traumatique : impuissance, trahison, humiliation, sexualisation et stigmatisation traumatique qui ont affecté la vie des femmes et leur réaction à l'accouchement.
Lasiuk (2007), Canada	<p>Étude sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une ASE.</p> <p>But : explorer cette expérience pour amener une sensibilité dans la prise en charge de ces femmes.</p>	7 femmes qui sont enceintes ou ont accouché au moins une fois	<ul style="list-style-type: none"> Étude qualitative rétrospective et prospective Entrevues en personne ou par téléphone Approche interprétative 	Trois grands thèmes et des sous-thèmes sont identifiés : 1. Vivre dans le sillage de l'ASE (living with profound disruption and loss, etched by uncertainty and fear, fractured beliefs, the undoing of a self, rising from the ashes: resilience and healing). 2. Potentiel de réponse compétente à la maternité (safety stability and support, uncertain pregnancy, Alien invasion, awash in helplessness, deeper bruise of knowing and tainted mother). 3. Régénération (born by bits, born again as mother, a return to wholeness).

Tableau 1

Résumé des études qualitatives portant sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une ASE (suite)

Étude	Objectif	Échantillon	Devis de recherche, méthode de collecte et d'analyse de données	Résultat
Lee (2001), Canada	Étude sur la grossesse, l'accouchement et la période post-partum chez les survivantes d'ASE. But : Explorer la réaction des survivantes d'ASE à l'expérience de la maternité.	7 femmes ayant vécu une ASE qui ont accouché entre deux mois à six ans avant l'entrevue	<ul style="list-style-type: none"> • Étude qualitative rétrospective • Entrevue individuelle • Analyse thématique 	Six grands thèmes ont été identifiés : confrontations, reconciliations and moving beyond sexual abuse in childbearing; intrusions and remembering; shut down, open and dissociation; illness; body perception et bodywork)
Palmer (2004), Canada	Étude sur l'accouchement des femmes ayant vécu une ASE. But : Comprendre davantage l'expérience de l'accouchement des survivantes. Générer un modèle théorique expliquant leur façon de gérer, négocier et réaliser leur expérience.	46 survivantes dans la période prénatale ou postnatale 22 professionnels de santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Étude qualitative rétrospective et prospective. • Entrevue individuelle • Théorisation ancrée 	Protéger l'enfant interne. Se protéger et protéger leur enfant. Affectée par la vulnérabilité et la résilience.

Tableau 1

Résumé des études qualitatives portant sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une ASE (suite)

Étude	Objectif	Échantillon	Devis de recherche, méthode de collecte et d'analyse de données	Résultat
Parratt (1994), Australie	Étude sur la grossesse et l'accouchement des femmes ayant vécu une ASE. But : découvrir ce que les survivantes vivent, incluant les émotions, durant leur accouchement.	6 femmes qui ont vécu une ASE	<ul style="list-style-type: none"> • Étude qualitative rétrospective • Deux entrevues semi-structurées ont été menées • Approche phénoménologique 	Plusieurs aspects sont considérés comme importants dans le vécu des survivantes : intimité, contrôle et toucher.
Rhodes & Hutchinson (1994), États-Unis	Étude sur l'expérience de l'accouchement des femmes ayant vécu l'ASE. But : Explorer et décrire cette expérience chez les survivantes.	7 survivantes d'inceste, 5 sages-femmes et 3 infirmières spécialisées en accouchement	<ul style="list-style-type: none"> • Étude qualitative rétrospective • Entrevues auprès des professionnels, observations et entrevues avec les participantes • Approche ethnographique 	Quatre styles d'accouchements ont été identifiés : combat, contrôle, abandon et retraite.

Tableau 1

Résumé des études qualitatives portant sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une ASE (suite)

Étude	Objectif	Échantillon	Devis de recherche, méthode de collecte et d'analyse de données	Résultat
Roller (2011), États-Unis	<p>Étude sur l'expérience de la grossesse chez des femmes ayant vécu de l'ASE.</p> <p>But : Construire un cadre théorique qui décrit comment les survivantes d'ASE gèrent la reviviscence du trauma de l'ASE lors de la période prénatale.</p>	12 femmes ayant vécu une ASE sont enceintes ou ont accouché durant les 12 derniers mois	<ul style="list-style-type: none"> • Étude qualitative rétrospective et prospective • Entrevues semi-structurées • Théorisation ancrée 	Trois catégories de processus sont relevées et décrivent comment la femme gère la reviviscence des mémoires traumatiques lors de la période prénatale : reviviscence, prendre en charge, se remettre.

Tableau 1

Résumé des études qualitatives portant sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une ASE (suite)

Étude	Objectif	Échantillon	Devis de recherche, méthode de collecte et d'analyse de données	Résultat
Seng, Sparbel, Low et Killion (2002), États-Unis	Explorer ce que les femmes ayant une histoire d'agression sexuelle associée à un ESPT attendent de leurs praticiens de la maternité.	15 femmes qui ont accouché de leur enfant entre une semaine et 26 ans avant l'entrevue.	<ul style="list-style-type: none"> • Étude qualitative rétrospective et prospective • Entrevues individuelles • Approche exploratoire et narrative 	Trois groupes ont émergé afin de situer où sont rendues les survivantes dans leur processus de rétablissement de l'impact négatif du trauma : 1) « Women far along in recovery from trauma »; 2) « Women who are not safe » parce qu'elles ont été battues ou consomment de la drogue; 3) « Women who are not ready to know » et qui ne reconnaissent pas les effets du trauma sur leur vie. Cela semble fournir une structure pour informer les personnes soignantes de la meilleure façon d'aider leurs clients.

Lors de la grossesse

L'ASE a un impact sur le vécu de la grossesse des femmes. Westerlund (1992) montre que 80 % de ces femmes vivent, pendant leur grossesse, des sentiments associés à leur vécu d'inceste, y compris des sentiments de culpabilité et des sentiments de perte de contrôle corporel. Nerum, Halvorsen, Straume, Sørli et Øian (2006), dans leur étude portant sur l'intervention auprès des femmes enceintes souhaitant accoucher par césarienne à cause de leur peur de l'accouchement naturel, démontrent que 63 % des participantes à l'étude rapportent avoir vécu une ASE ou d'autres types d'agressions (émotionnelle et physique). En fait, les femmes ayant vécu une ASE peuvent présenter plus de problèmes de santé physique et émotionnelle pendant la grossesse, dont l'anxiété, le stress, la dépression et des idées suicidaires, comparativement aux femmes qui n'ont pas vécu une telle expérience (Benedict, Paine, L. A., Paine, L. L., Brandt & Stallings, 1999; Jacobs, 1992; Leeners et al., 2014; Leeners et al., 2006; Leeners, Stiller, Block, Görres, & Rath, 2010; Lukasse, Schei, Vangen, & Oian, 2009; Lukasse, et al., 2010; Nerum, Halvorsen, Straume, Sørli & Øian, 2006; Rose, 1992). L'ASE est associée dans la documentation à des comportements à risque lors de la grossesse. Les femmes enceintes ayant une histoire d'ASE comparativement aux femmes enceintes qui n'ont pas vécu une ASE sont plus susceptibles de fumer (31,7 % vs 9,4 %), de souffrir d'une dépression (24 % vs 1,8 %) et de démontrer des idées suicidaires (10,6 % vs 0 %) (Leeners et al., 2010). D'ailleurs, Seng et al. (2001) mentionnent dans leur étude que les femmes ayant vécu une ASE peuvent souffrir deux fois plus d'ESPT que les femmes dans la population générale (7,9 % vs 4,6 %). Ainsi, quelques études rapportent que les

femmes ayant vécu une histoire d'ASE développent un ESPT lors de la grossesse (Benedict et al., 1999; Leeners et al., 2006; Leeners et al., 2010; Nerum et al., 2006). Plusieurs autres études démontrent que la grossesse peut être une période stressante pour les survivantes et peut déclencher des souvenirs d'ASE chez elles (Klaus, 2010; Leeners et al., 2006; Roussillon, 1998). Conséquemment, 21 % des femmes ayant vécu une histoire d'ASE rapportent des souvenirs en lien avec cette histoire à divers moments de leur grossesse (Leeners et al., 2014).

Les conséquences de l'ASE touchent également les soins prénataux chez les femmes ayant vécu une telle expérience. Les visites prénatales sont significativement moins fréquentes chez les victimes d'ASE, ou ces dernières tardent avant de procéder à ces visites, comparativement aux femmes qui n'ont pas vécu d'ASE (Leeners et al., 2014; McFarlane, Parker, Soeken, & Bullock, 1992; Seng, Low, Sperlich, Ronis, & Liberzon, 2009). Leeners et al. (2014), dans leur étude, montrent que 36 % des victimes sont sensibles à expérimenter des souvenirs traumatiques pendant la grossesse. Ces souvenirs peuvent être déclenchés par le changement physique dû à la grossesse ou à la ressemblance entre les soins prénataux et la manière dont l'ASE s'est déroulée (Leeners et al., 2006). Par conséquent, les femmes ayant vécu une ASE peuvent éviter les visites prénatales ou refuser les examens gynécologiques, l'exposition de leur corps et la nudité pour s'épargner la reviviscence des souvenirs traumatiques liés à l'ASE (Leeners et al., 2014; Klaus, 2010). Les victimes d'ASE peuvent également ignorer leurs symptômes

corporels durant leur grossesse (Heritage, 1998; Rhodes & Hutchinson, 1994). Cela devient alors un autre élément contributif, qui empêche ces femmes de surveiller les premiers signes d'une complication et, par conséquent, d'aller chercher les soins nécessaires (Leeners et al., 2014).

Les femmes ayant une histoire d'ASE semblent subir plus de complications lors de leur grossesse que les femmes de la population générale. Leeners et al. (2010) démontrent que l'ASE constitue 20 % des facteurs de risques obstétricaux comparativement aux autres complications de la grossesse telles que le diabète et l'hypertension. De plus, l'ASE est associée à une augmentation du taux d'hospitalisation et d'autres complications (41 %) lors de la grossesse, comme des contractions prématurées (38 %), une insuffisance cervicale (25,9 %) et un accouchement prématuré (18,8 %). D'autres éléments communs chez les femmes ayant vécu une ASE sont rapportés dans les écrits scientifiques. Certaines femmes peuvent rejeter les changements corporels dus à la grossesse. En revanche, d'autres peuvent avoir des perceptions démesurées telles que : percevoir le fœtus comme un intrus ou le trouver envahissant, être perturbée par le sexe du bébé (sentiment d'inconfort d'avoir un garçon à l'intérieur d'elles si le bébé est un garçon ou sentiments d'inquiétude de mettre une fille au monde et de ne pouvoir la protéger) et être incapable de faire confiance à son conjoint (Klaus, 2010; Parratt, 1994; Rainelli, Orliaguet, & Villars, 2012).

Plusieurs thèmes peuvent être identifiés dans les études recensées reflétant le vécu de ces femmes lors de la grossesse.

Reviviscence. La majorité de ces études démontrent que la grossesse peut déclencher des souvenirs d'ASE (Coles & Jones, 2009; Courtois & Riley, 1992; Garratt, 2008; Lasiuk, 2007; Lee, 2001; Roller, 2011; Seng et al., 2001). Seule l'étude de Palmer (2004) montre que la grossesse ne déclenche pas des souvenirs d'ASE. Les déclencheurs semblent être souvent de nature physique (p. ex. se faire toucher les organes génitaux lors des examens prénataux), et ce, en lien avec la similarité des touchers expérimentés lors de l'ASE (Coles & Jones, 2009; Lee, 2001).

Roller (2011) dans son étude démontre que la majorité des participantes décrivent un certain impact de l'ASE sur le déroulement de leur grossesse. En effet, ces femmes semblent éviter les suivis prénataux ou retarder leur première visite de suivi médical, surtout lors de leur première grossesse. « Revivre le trauma » est l'une des trois phases identifiées par Roller. Selon cet auteur, les femmes sont sensibles à revivre lors de la grossesse leur traumatisme d'ASE, et ce, à travers les souvenirs déclenchés par plusieurs éléments associés à la grossesse tels que les sensations physiques (mouvements du fœtus) et les sensations associées à la prise en charge de la grossesse (examens pelviens). Dans le même ordre d'idées, dans l'étude de Seng, Sparbel, Low & Killion (2002), les femmes décrivent que les souvenirs d'ASE peuvent être déclenchés par les procédures

médicales (examens vaginaux), par la dynamique relationnelle (ne pas offrir aux femmes le maximum de contrôle, ne pas demander la permission avant de faire une procédure considérée non urgente) ou par certains aspects situationnels (laisser la femme seule dans une chambre à moitié nue en attendant quelqu'un).

Contrôle. Le contrôle est également un élément central pour les femmes lors de la grossesse, dans toutes les études recensées (Coles & Jones, 2009; Garratt, 2008; Roller, 2011; Seng et al., 2002; Lasiuk, 2007; Lee, 2001). Certaines femmes semblent vivre une sorte de perte de contrôle de leur corps en ayant un bébé à l'intérieur d'elles. En effet, elles rapportent le sentiment d'être « envahies » par leur enfant qui n'est pas encore né (Garratt, 2008). Dans l'étude de Roller (2011), le contrôle caractérise la phase nommée « le prendre en charge ». Lors de cette phase, plusieurs femmes ont pris certaines mesures pour assumer le contrôle et minimiser les indices pouvant déclencher des souvenirs liés à leur ASE. Elles semblent initier ces mesures lorsqu'elles affrontent des souvenirs traumatiques lors des soins prénataux, comme l'indique une participante de cette étude : « Quand je suis tombée enceinte et je n'ai pas été confortable avec lui [le médecin], j'ai consulté différents médecins... ce qui a été très facilitant pour moi; je peux finalement, contrôler mon propre soin » [traduction libre] (p. 491).

La prise en charge de leur propre soin semble permettre aux survivantes d'ASE de se sentir plus à l'aise et en contrôle. En fait, elles utilisent le contrôle comme un moyen

d'adaptation. Plusieurs mesures semblent utilisées par les femmes afin d'assurer ce contrôle : choisir son médecin, choisir le sexe de la personne soignante et exprimer au personnel leurs besoins afin d'être plus à l'aise lors des examens prénataux.

Dissociation. La dissociation est également considérée comme un mécanisme d'adaptation pour les femmes enceintes ayant une histoire d'ASE (Garratt, 2008; Seng, et al., 2002). Les femmes semblent utiliser cette stratégie lorsqu'elles se sentent en perte de contrôle (Coles & Jones, 2009). Certaines femmes semblent dissocier l'ASE et la grossesse (Seng et al., 2009). Elles ne sont pas complètement conscientes que leur vécu d'ASE affecte leur expérience de grossesse. Ces expériences semblent représenter deux sphères différentes et certaines de ces femmes semblent avoir des souvenirs fugaces et faire en sorte de ne pas lier leur état à l'ASE (Seng et al., 2009, p. 367) :

Mes réactions à la grossesse [...] je suis devenue encore soumise [...] j'étais complètement passive [...] je n'étais plus capable de me défendre du tout... une perte de contrôle et quelqu'un dans l'autorité demande une injection peu importe ce que je voulais [...] lors de mes soins prénataux, je pense que j'ai dissocié pendant mes visites. Je ne me rappelle pas bien de ce qui s'est passé. [Traduction libre]

Divulgateion. La divulgation de leur histoire d'ASE semble être considérée comme étant problématique pour certaines femmes, alors que d'autres préfèrent en parler. Dans certains cas, elles ne se souviennent même pas de leur histoire d'ASE lors de la grossesse (Garratt, 2008; Palmer, 2004; Parratt, 1994); elles ne peuvent donc pas la dévoiler. D'autres femmes, bien qu'elles soient conscientes de leur vécu d'ASE,

préfèrent ne pas en parler (Burian, 1995; Coles & Jones, 2009). En revanche, l'étude de Roller (2011) suggère que la plupart des participantes lors de la période prénatale préfèrent divulguer leur histoire d'ASE aux membres du personnel médical afin de pouvoir communiquer avec eux leur besoin de rendre l'examen prénatal plus confortable.

Soutien. Le soutien est un élément très important, voire essentiel, à l'acceptation de la grossesse ou non. Lasiuk (2007) démontre que les femmes ayant vécu une ASE semblent manifester plus d'ouverture à leur grossesse lorsqu'elles sont soutenues par leur entourage (famille et conjoint). En revanche, cette même expérience peut être vécue comme retraumatisante en cas d'absence de soutien. En effet, ces femmes semblent vivre une certaine incertitude et un sentiment d'ambivalence envers leur grossesse. Un manque de soutien lors de cette période peut également avoir un impact négatif sur la perception des femmes de leurs habiletés parentales (Lasiuk, 2007). Dans le même ordre d'idées, Palmer (2004) démontre que le soutien peut être considéré comme un élément préventif des difficultés ultérieures.

Pour certaines femmes ayant une histoire d'ASE, la grossesse est vécue comme un nouveau début (Lasiuk, 2007). Malgré les malaises physiques de la grossesse, certaines participantes à l'étude peuvent aimer leur corps de femme enceinte. D'autres femmes utilisent la grossesse comme un élan pour une croissance intensive liée à leur trauma.

Elles sont en mesure de connecter leurs comportements mauvais pour la santé à leur histoire d'ASE et sont prêtes à faire un changement drastique durant la grossesse (Seng et al., 2002, p. 365) :

Je suis allée au collège et j'ai eu une « vie très légère » [...] Je n'ai juste pas été bonne pour moi-même [...] alors qu'elle [la grossesse] progresse, je quitte tout ce que je faisais avant [...] j'arrête de boire de la bière. J'arrête de fumer la cigarette, j'arrête de fumer du pot [...] je me suis juste [...] guérie. [Traduction libre].

Par ailleurs, leur sens des responsabilités encourage ces femmes à prendre soin d'elles-mêmes (Lasiuk, 2007).

Plusieurs femmes ayant une histoire d'ASE peuvent avoir une mauvaise image et une mauvaise relation avec leur corps. Certaines de celles-ci réalisent avoir une meilleure image corporelle lors de la grossesse en considérant que leur corps peut donner la vie (Garratt, 2008).

Lors de l'accouchement

L'accouchement est souvent un événement stressant pour les femmes en général et il l'est davantage pour les femmes ayant vécu une ASE. L'expérience de l'accouchement peut être influencée ou modifiée par une histoire d'ASE, et ce, de différentes façons. Par exemple, les survivantes d'ASE sont plus à risque d'un accouchement prématuré que les femmes sans histoire d'ASE (Leeners et al., 2014). Les primipares ayant vécu une ASE ou un autre type d'agression peuvent avoir un risque plus élevé d'accouchement par

césarienne (Lukasse, Vangen, Oian, & Schei, 2010). Les survivantes d'ASE souffrent davantage de douleurs physiques pendant l'accouchement que les autres femmes (Clarke, L., 1998; Grant, 1992). Elles semblent développer davantage une peur de l'accouchement que les femmes dans la population générale. Par conséquent, pour gérer ce stress intense, certaines survivantes sont à risque d'adopter plusieurs types de réactions pouvant altérer le processus de l'accouchement, comme l'évitement, l'hypervigilance, la dissociation et le contrôle (Kendal-Tackett, 1998; Leeners et al., 2006; Rose, 1992; Simkin & Klaus, 2004). Certaines de ces réactions seront plus détaillées dans les pages suivantes.

La majorité des études qualitatives recensées démontrent que l'expérience subjective de l'accouchement peut être affectée par l'ASE. Des thèmes communs sont identifiés dans ces études pour mieux comprendre le vécu de l'accouchement chez les participantes.

Reviviscence. La majorité des études citées dans le tableau 1 démontrent que l'accouchement peut déclencher des souvenirs liés à l'inceste. Plusieurs facteurs peuvent jouer le rôle de déclencheurs (Burian, 1995; Clark, E., & Smythe, 2011; Courtois & Riley, 1992; Garratt, 2008; Lasiuk, 2007; Palmer, 2004; Parratt, 1994; Rhodes & Hutchinson, 1994; Seng et al., 2002) : le toucher, le manque d'intimité, la douleur vécue lors de l'accouchement, l'exposition des parties intimes du corps, la nudité et la position

dans laquelle la femme est placée sont des éléments problématiques pour les femmes ayant vécu une histoire d'ASE. Ces situations vécues lors de l'accouchement, en lien avec leur ressemblance de l'ASE, risquent de raviver des souvenirs d'ASE. Plus précisément, selon Burian (1995), une certaine sensation ou odeur, de même que des traits de personnalité d'une personne soignante peuvent provoquer des souvenirs négatifs. Le sexe des personnes soignantes peut également jouer un rôle important dans la reviviscence des souvenirs traumatiques (Burian, 1995; Palmer, 2004). La présence d'un infirmier ou d'un médecin de sexe masculin peut déclencher des souvenirs d'ASE ou faire en sorte de créer un manque de confiance envers la personne aidante (Palmer, 2004).

La nature physique de l'accouchement rend cette expérience stressante, voire traumatisante, pour les survivantes d'ASE et, par conséquent, leur rappelle des souvenirs de leur histoire d'agression. Voici la citation d'une mère ayant vécu une ASE provenant de l'étude de Rose (1992) illustrant son vécu lors de son accouchement :

Mon médecin, même ma thérapeute m'ont assuré que ces problèmes ne sortent pas à la surface lors de l'accouchement, étant donné que je serai très occupée par la naissance de mon bébé. Selon ma perception, je suis certaine que l'accouchement est le moment le plus favorable permettant à ce type de problèmes de remonter à la surface. Après tout, les souvenirs d'ASE sont assurément verrouillés dans ces muscles qui sont fortement étirés pendant le processus de l'accouchement, spécifiquement si l'agression sexuelle a été très traumatique. [Traduction libre] (p. 215)

Les femmes ayant une histoire d'ASE rapportent revivre le traumatisme de l'événement lors de l'accouchement. En effet, certaines survivantes semblent percevoir les examens génitaux comme un viol et mentionnent qu'en général, elles se sentent violées après l'accouchement. La présence du bébé dans le vagin, la douleur ou d'autres procédures médicales comme l'utilisation des forceps leur rappellent leur histoire d'ASE (Christensen, 1992; Coles & Jones, 2009; Heritage, 1998; Kendall-Tackett, 2004; Lipp, 1992; LoGiudice & Beck, 2016; Palmer, 2004; Simkin & Klaus, 2004; Waymire, 1997).

D'ailleurs, Palmer (2004) indique que l'utilisation de certains mots spécifiques par les personnes soignantes lors de l'accouchement risque de déclencher des souvenirs traumatiques d'ASE. En effet, plusieurs participantes rapportent avoir eu des souvenirs après avoir entendu certaines expressions telles que : « laissez-vous faire », ou « faites-le, vous êtes capable ».

Contrôle. Le contrôle est un besoin essentiel lors de l'accouchement pour les femmes ayant vécu une ASE (Grant, 1992; Coles & Jones, 2009; Heritage, 1998; Jacobs, 1992; Lipp, 1992; LoGiudice, 2016; Lowe, 1992; Parratt, 1994; Seng et al., 2002; Simkin, 1992; Wescott, 1991). Rhodes et Hutchinson (1994) décrivent un style d'accouchement appelé « prendre contrôle », dans lequel les femmes peuvent vouloir protéger excessivement leur corps. Ces femmes utilisent le contrôle comme un moyen de faire face à leur peur de l'accouchement. Ce mécanisme d'adaptation peut avoir

différentes répercussions, soit en accélérant, soit en inhibant le processus de l'accouchement. Les survivantes d'ASE résistent aux interventions du personnel médical, à l'impuissance et à leur peur d'une possible perte de contrôle. Elles tentent donc de diriger leur expérience d'accouchement de façon satisfaisante pour elles, et ce, en se contrôlant et en gérant leur accouchement et son environnement (Garratt, 2008; Parratt, 1994; Rhodes & Hutchinson, 1994). En effet, lorsqu'elles considèrent que le personnel médical ne répond pas à leurs besoins, elle peut chercher un environnement alternatif pouvant lui assurer un certain contrôle, comme accoucher à l'aide d'une sage-femme ou à la maison.

LoGiudice (2016), dans son étude qualitative portant sur la compréhension de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des survivantes d'ASE, atteste également que le contrôle est une préoccupation centrale chez les survivantes. Par exemple, il est important de choisir une femme comme intervenante, de décider de la façon de nourrir son enfant, d'avoir le contrôle sur la situation de soins pour atténuer la reviviscence du traumatisme vécu dans le passé. Il est important de permettre aux survivantes de faire des choix lors de l'accouchement.

Dans le même ordre d'idées, Burian (1995) mentionne dans son étude l'importance du contrôle chez les survivantes d'ASE. Ces femmes ont appris que « perdre le contrôle » est dangereux pour elles à la fois sur les plans physique et

émotionnel. Elles structurent donc leur vie dans l'optique de gagner le contrôle de leur vie. Cet auteur explique quatre stratégies pouvant être utilisées par les femmes afin de gagner le contrôle, soit l'agressivité, la soumission, les rituels, et le fait de se placer en état de crise. En effet, ces femmes peuvent adopter une attitude active en étant agressives et autoritaires ainsi qu'en se comportant de façon socialement inacceptable. Elles peuvent aussi choisir une attitude passive en demeurant silencieuses et en n'exprimant pas leurs besoins. De plus, les femmes ayant vécu une ASE peuvent refuser certaines routines proposées par les personnes soignantes et insister pour appliquer leur plan d'action. Elles semblent gagner du contrôle en gérant chaque seconde et chaque moment de leur accouchement ainsi que les personnes qui les entourent. Elles ont en fait besoin de « posséder » leur accouchement et, surtout, leur corps.

D'ailleurs, les femmes décrivent l'importance du contrôle comme une aide à éviter les déclencheurs de réactions traumatiques (Seng et al., 2002). Les survivantes semblent répondre à ce besoin de deux façons. La première consiste à avoir la possibilité de choisir la personne soignante, lorsqu'elles ne sont pas satisfaites. La deuxième est le contrôle de certains facteurs d'une prise en charge pouvant déclencher des souvenirs (p. ex. laisser les hommes en dehors de la chambre de l'accouchement, dire à la sage-femme comment éviter certaines zones douloureuses se rapportant à l'ASE, et essayer de prévenir les gens qu'il faut obtenir leur consentement avant de faire certaines choses).

D'autres auteurs décrivent plusieurs stratégies utilisées par les survivantes pour gagner un certain contrôle, dont : écrire un plan de naissance (Burian, 1995; Rhodes & Hutchinson, 1994), chercher plus d'intimité dans la situation d'accouchement (Parratt, 1994), éviter les situations pouvant susciter une certaine perte de contrôle telles que l'environnement hospitalier (Parratt, 1994; Rhodes & Hutchinson, 1994) et éviter l'accouchement médicalisé (Lasiuk, 2007).

Dissociation. La dissociation (se séparer de son corps) est un moyen qui a été utilisé par les survivantes pendant l'enfance afin d'éviter la douleur émotionnelle et physique causée par l'ASE. La dissociation semble également être utilisée par les femmes lors de l'accouchement pour faire face à la douleur et à la peur (Burian, 1995; Christensen, 1992; Garratt, 2008; Lasiuk, 2007; LoGiudice, 2016; Palmer, 2004; Parratt, 1994; Rhodes & Hutchinson, 1994; Seng et al., 2002; Simkin & Klaus, 2004). La dissociation peut prendre des proportions alarmantes pour certaines femmes, mais elle peut aussi être utilisée comme stratégie adaptative pour avoir un certain contrôle et surmonter l'expérience de l'accouchement (Burian, 1995; Parratt, 1994; Rhodes & Hutchinson, 1994). C'est d'ailleurs ce qu'illustre cet extrait provenant de l'étude de Burian (p. 256) : « J'ai eu l'impression que la moitié inférieure de mon corps est allée ailleurs... et les infirmières disaient seulement que cette femme est merveilleuse! Elle ne sent pas de douleur [...] » [traduction libre].

La dissociation caractérise deux styles d'accouchements que Rhodes et Hutchinson (1994) appellent « l'abandon » et « la retraite ». L'abandon est un style d'accouchement qui peut alerter les professionnels de la présence d'une ASE chez la patiente. En fait, une femme ayant vécu une ASE peut céder ou se soumettre à son accouchement au lieu de le combattre. Dans cette façon d'agir, les femmes apparaissent comme étant extraverties et désinhibées. Elles peuvent être décrites par le personnel comme étant de « bonnes patientes ». En effet, elles ouvrent leurs jambes facilement sans aucune manifestation de vulnérabilité. De plus, l'examen vaginal ne pose aucun problème et elles nouent un bon lien avec les membres du personnel, peu importe leur sexe. Cela est rapporté par une sage-femme comme suit :

Je me souviens d'une femme ayant vécu plusieurs agressions sexuelles. Elle a eu un accouchement extrêmement long lorsque sa fille est née, mais rien ne l'a dérangée. Elle se souvenait des détails de son accouchement et comme les gens disent, elle était là. Elle n'a pas eu aucune anesthésie [...]. [traduction libre] (Rhodes & Hutchinson, 1994, p. 218)

Les comportements d'abandon adoptés par les femmes dans ce style d'accouchement sont des indicateurs d'une dissociation, une des caractéristiques d'un ESPT.

Quant au comportement dit de « la retraite », la survivante d'ASE tente d'effacer les sensations physiques et les émotions qui peuvent lui rappeler l'ASE. Pendant l'accouchement, la femme semble céder tranquillement aux contractions et est décrite comme étant stoïque. Elle ne réagit pas aux interventions et semble être déconnectée de ses sensations corporelles. Les contractions ne posent aucun problème. Ces femmes ne

manifestent aucun signe (expression faciale, verbalisation, posture corporelle, ton monotone, etc.) indiquant le début des contractions ou le sommet de la contraction. Une des participantes dans l'étude de Rhodes et Hutchinson (1994) s'exprime comme suit :

C'était probablement la pire douleur que je n'ai jamais expérimentée, mais cela n'était pas la première fois que je sentais ce genre de douleur et je m'en suis sortie en allant mentalement ailleurs. Je pense que c'est pour ça que je sentais les choses comme de la brume. J'ai juste bloqué tout ce qui m'entoure. [Traduction libre] (p. 218)

Une sage-femme, dans la même étude, décrit le sentiment « d'aller ailleurs » chez une de ses patientes comme suit :

Elle accouchait et elle avait son bébé entre les mains, mais elle était complètement ailleurs. Elle ne disait rien tout au long de son accouchement. Elle était juste une des personnes qui laisse croire qu'elle était sublime lors de l'accouchement, mais elle n'était juste pas là. [Traduction libre] (p. 218)

Évitement. L'évitement fait également partie des réactions des femmes ayant vécu une ASE. Celles-ci semblent vouloir éviter le stress intense qu'elles anticipent, ce qui entraîne un dysfonctionnement lors de l'accouchement. En effet, les femmes peuvent manquer de collaboration, lutter contre les intervenants, être répugnées par le sang et des sécrétions corporelles, et craindre de manière excessive d'être mutilées par la rupture des membranes, par l'épisiotomie, par l'utilisation des forceps et par d'autres interventions (Kendal-Tackett, 1998; Leeners et al., 2006; Rose, 1992; Simkin & Klaus, 2004).

Soutien. Le soutien et le sentiment de sécurité sont des éléments importants capables de changer la perception de leur expérience d'accouchement (Lasiuk, 2007). En

effet, elles semblent accueillir positivement cette expérience lorsqu'elles se sentent soutenues par leur entourage (Lasiuk, 2007). Cet important soutien est également noté par Palmer (2004). Il peut inclure le réconfort émotionnel, donner des informations et offrir des conditions d'accouchement confortables (Hodnett et al., 2007). Cette recension conclut aussi que les femmes ayant un soutien constant lors de l'accouchement demandent moins l'analgésie péridurale, ont plus tendance à accoucher spontanément par voie naturelle et semblent rapporter un sentiment de satisfaction de leur expérience (Hodnett et al., 2007).

Rétablissement. Le rétablissement est discuté en profondeur dans l'étude de Lasiuk (2007). Il peut être lié au thème de la régénération. L'accouchement d'un enfant représente un nouveau début pour ces femmes qui leur permet une certaine renaissance. Elles deviennent plus conscientes de leur propre innocence à travers leur enfant. D'autres femmes se sentent purifiées par le toucher de leur nouveau-né (Parratt, 1994, p. 33) : « Lorsqu'on l'a mis sur mon estomac, la première chose que j'ai sentie, j'ai pensé à moi, j'ai senti que j'étais propre, tu sais comme si toutes les mauvaises choses avaient été emportées ailleurs » [traduction libre].

L'étude de Parratt (1994) montre également que l'accouchement peut aussi être un temps de développement chez les victimes d'ASE. En fait, la maternité suscite une force vitale qui renforce la femme et la relie à elle-même, aux autres et à son monde. De plus,

l'accouchement est également considéré comme un rite de passage positif pour la plupart des participantes, et plusieurs femmes vivent cette expérience comme une guérison (Lee, 2001). D'autres femmes semblent aussi avoir une meilleure relation avec leur corps à la suite d'un accouchement vécu positivement (Garratt, 2008).

En conclusion, toutes les études mentionnées ci-haut démontrent que l'ASE peut avoir des conséquences négatives sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement : souvenirs, dissociation, perte de contrôle, sentiments de peur et d'incertitude. En revanche, seules les études de Lasiuk (2007) et Lee (2001) montrent que la grossesse et l'accouchement peuvent être vécus positivement. Par contre, cela ne garantit pas l'absence d'intrusion de l'ASE pendant l'accouchement ou la grossesse. Ces résultats peuvent probablement être expliqués en partie par les critères d'exclusion appliqués pour recruter les participantes. Celles-ci présentaient moins de difficultés, ce qui a pu influencer positivement l'expérience de l'accouchement et de la grossesse. En fait, l'expérience de la grossesse et de l'accouchement représente un défi important pour plusieurs mères ayant vécu des ASE.

À l'exception de Palmer qui a suivi deux de ses participantes prospectivement lors de la grossesse et de l'accouchement, les études qualitatives mentionnées sont toutes rétrospectives, et rares sont les études longitudinales qui suivent les femmes durant leur grossesse et tôt après l'accouchement (Montgomery, 2013). Seulement quatre études

portent simultanément sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez les survivantes d'ASE, alors que les autres études portent sur l'une ou l'autre expérience, soit la grossesse ou l'accouchement. Une autre limite est le fait que dans certaines études, l'accouchement s'est produit plusieurs années avant les entrevues (Montgomery, 2013). Aucune des études mentionnées ne se concentre sur les femmes primipares. En effet, la majorité des participantes recrutées dans les autres études ont déjà accouché d'un autre enfant, d'où l'importance d'une étude longitudinale portant sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes primipares ayant vécu une agression sexuelle pendant leur enfance. Une meilleure connaissance du vécu de ces femmes pourrait être aidante pour elles-mêmes, leurs bébés et les professionnels travaillant auprès des femmes ASE.

Objectifs de l'étude

Le but général de l'étude est d'explorer l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des mères primipares survivantes d'une histoire d'ASE. Plus précisément, l'étude servira à : 1) décrire comment les survivantes d'une ASE vivent l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, et 2) identifier comment l'ASE influence l'expérience de la grossesse et de l'accouchement selon les participantes.

Méthode

Ce deuxième chapitre de la thèse explique la méthode adoptée pour cette recherche. Dans les pages qui suivent, nous donnerons des informations relatives au devis de recherche, à l'échantillonnage, au recrutement, à la méthode de collecte et à l'analyse des données. Finalement, des critères de rigueur et des considérations éthiques complètent ce chapitre.

Devis de recherche

Un devis de recherche qualitatif longitudinal a été utilisé afin d'aborder et d'explorer le phénomène complexe de la présente étude selon la perspective des femmes l'ayant vécu. L'approche qualitative met l'accent sur l'expérience subjective des individus dans leurs transactions avec leur environnement (Paillé & Mucchielli, 2008). La compréhension de ce qui est vécu et la recherche du sens individuel sont prioritaires, d'où l'importance d'adopter une position post-positiviste permettant au chercheur de mettre en évidence les significations et les buts que les acteurs humains attachent à leurs activités (Guba & Lincoln, 1994). En effet, cette méthode permet d'explorer l'expérience subjective de la grossesse et de l'accouchement des femmes ASE, selon leurs propres perceptions de leurs expériences, de façon prospective. Nous cherchons les significations que les participantes attribuent à leurs expériences, et ce, selon leurs mots et leurs explications, pendant qu'elles vivent leur grossesse et tôt après l'accouchement.

De plus, la position post-positiviste employée dans cette étude permet au chercheur d'appréhender le plus possible la réalité qui ne peut être connue qu'imparfaitement, compte tenu des limites humaines. Il est important que le chercheur tende vers une objectivité. Il doit se contenter de s'approcher au plus près de la réalité et notamment en multipliant les méthodes (triangulation), comme l'exige le paradigme post-positiviste (Guba & Lincoln, 1994).

Plus spécifiquement, l'étude de cas multiples est utilisée selon l'approche de Yin (2009). Cette approche vise l'exploration d'un phénomène contemporain dans son contexte naturel. L'étude de cas est ici une démarche inductive et exploratoire qui consiste à travailler à partir d'observations tirées d'une ou de plusieurs situations pour graduellement formaliser les données obtenues et évoluer vers une conceptualisation théorique. Elle vise donc à faire émerger la connaissance à partir de la réalité. Ainsi, l'étude de cas permet d'explorer et de comprendre comment le phénomène est vécu et pourquoi il est vécu de cette façon selon les éléments contextuels (Baxter & Jack, 2008). En effet, chaque participante constitue un cas qui est analysé de façon individuelle. L'étude de cas multiples consiste à identifier des phénomènes récurrents parmi un certain nombre de situations, après avoir observé et analysé chacune d'elle. Ensuite, les résultats obtenus sont comparés pour dégager les éléments récurrents (Mucchielli, 2004). Dans la présente étude, trois femmes primipares ayant vécu une ASE sont rencontrées à deux ou trois reprises pour explorer leur expérience de la grossesse et de

l'accouchement. Afin d'assurer une certaine reproductibilité des résultats, les critères suivants ont permis d'assurer l'homogénéité des trois cas : la région métropolitaine de Montréal, la tranche d'âge, l'origine québécoise, la primiparité, la nature intrafamiliale de l'ASE ainsi que la présence du père de l'enfant.

De plus, l'étude de cas multiples permet d'utiliser plusieurs sources de données (Baxter & Jack, 2008). La triangulation favorise des mesures diversifiées du même phénomène (Van Driel & De Jong, 2001; Yin, 2009) afin de limiter les biais relatifs à la collecte (Miles & Huberman, 1994). Selon Yin (2009), la triangulation des données ajoute donc de l'objectivité, de la crédibilité et de la rigueur à une recherche. En ce qui a trait à l'étude, la multiplication des sources d'informations (entrevues et journal de bord) est utilisée.

Échantillonnage

Trois participantes de la région métropolitaine de Montréal ont été recrutées aux fins de la présente étude. Elles répondent aux critères suivants : avoir vécu une histoire d'agression sexuelle intrafamiliale avant l'âge de 18 ans, être primipares, francophones et âgées de 25 à 35 ans. En ce qui a trait à la primiparité, ce choix vise à éviter toute expérience d'accouchement antérieure et son impact potentiel sur le sujet étudié. La tranche d'âge minimale de 25 ans a été ciblée afin d'assurer un certain recul de la part des participantes face à leur vécu d'ASE, au moment de la grossesse et aussi parce que

l'expérience de la grossesse à l'adolescence et au début de l'âge adulte s'avère un phénomène distinct (Leeners et al., 2006). La limite d'âge maximal de 35 ans a été visée afin d'éviter les complications de grossesse qui peuvent survenir après cet âge. Par contre, considérant les grandes difficultés de recrutement, on a accepté une participante âgée de 39 ans. De plus, les participantes devaient être suivies par un médecin ou une sage-femme durant leur grossesse, et aucune d'entre elles n'était suivie pour une grossesse à risque élevé.

En ce qui concerne le recrutement, en premier lieu, plusieurs ressources ont été sollicitées dans la région de Montréal et ses environs : notamment, quelques organismes communautaires qui s'occupent des femmes en périnatalité, plusieurs cliniques médicales privées, des magazines sur la maternité, l'association canadienne des sages-femmes, l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec et des associations s'occupant de femmes ayant une histoire d'agression sexuelle. Certaines de ces ressources ont d'abord été contactées par téléphone pour leur expliquer le projet. L'affiche de l'étude (voir Appendice A) et une lettre d'information (voir Appendice B) leur ont ensuite été transmises par courriel. L'affiche contenait des informations concernant l'étude, soit l'objectif et le nombre d'entrevues, les critères de sélection et les coordonnées afin de contacter la doctorante. D'autres ressources de recrutement (cliniques médicales) ont été visitées par la doctorante et des affiches ont été placées

dans leurs bureaux. De plus, des annonces ont été diffusées dans des forums sur la maternité, la grossesse et l'accouchement.

Dans un deuxième temps, une annonce a été affichée au journal Métro pour la fin de semaine du 17 au 19 octobre 2014. Une page Facebook a été également créée au nom du projet de l'étude. La page contenait des informations semblables à celles de l'affiche et elle a été visible par près de 18 000 personnes. Plus de 50 pages professionnelles sur Facebook ont été particulièrement sollicitées. De nombreuses pages ont diffusé les informations nécessaires sur notre étude. La gestion des appels, des courriels, des messages Internet et de la page Facebook était donc assurée par la doctorante qui procédait à l'inclusion des participantes en fonction des critères recherchés. La période du recrutement s'est échelonnée sur un an, d'octobre 2013 à octobre 2014.

Quinze femmes ayant une histoire d'agression sexuelle ont contacté la doctorante, mais elles ont été exclues de l'étude parce qu'elles ne correspondaient pas à tous les critères d'inclusion. Deux femmes enceintes ayant vécu une ASE ont été exclues parce qu'elles résidaient en France, donc à l'extérieur de la région géographique recherchée (région métropolitaine de Montréal). Dix autres femmes ayant vécu une histoire d'ASE ont manifesté leur désir de participer à l'étude, mais elles n'étaient plus primipares; elles avaient toutes accouché d'un à quatre enfants. Une femme correspondant à tous les critères de l'étude a manifesté son intérêt de participer à l'étude, mais après un premier

contact par message (Facebook), elle n'a pas donné suite à la sollicitation de la doctorante. Une des femmes motivées à participer n'a pas été choisie parce qu'elle n'était pas primipare et que son histoire d'ASE était extrafamiliale. Une dernière jeune femme qui ne correspondait aucunement aux critères a démontré un grand intérêt à témoigner de son vécu, étant donné qu'elle était issue d'une grossesse et d'un accouchement d'une mère qui avait vécu une histoire d'ASE.

Des entrevues pré-test ont été effectuées afin d'assurer une plus grande rigueur méthodologique. Une participante répondant à tous les critères de l'étude a été recrutée par Internet (Forum sur la grossesse). Elle est une femme primipare ayant vécu des agressions sexuelles par son père pendant l'enfance. Étant donné qu'elle vit en France, les entrevues ont été réalisées avec elle par Skype. Trois entrevues de 60 à 90 minutes ont été menées avec elle. Les informations recueillies lors des entrevues avec cette participante ne sont pas incluses dans cette thèse.

Finalement, les trois participantes de l'étude ont été recrutées par Facebook et habitent dans la grande région métropolitaine de Montréal. L'objectif de l'étude ainsi que le déroulement et les modalités des rencontres ont été expliqués aux participantes. Une lettre d'information a été envoyée par courriel ou par message Facebook aux femmes sélectionnées afin de confirmer leur participation ainsi que les dates des rencontres (voir Appendice C).

Méthode et collecte des données

L'entretien semi-dirigé individuel a été utilisé comme mode de cueillette de données. Ce type d'entrevue invite les participantes à exprimer librement leur vécu, leurs opinions et leurs idées, avec leurs propres mots et sans aucune suggestion de la part de l'interviewer. En effet, cela leur permet de donner un sens à leur vécu et assure une compréhension approfondie du phénomène étudié :

L'entrevue semi-directive est semi-préparée, semi-structurée et semi-dirigée, ce qui signifie que le chercheur prépare son entrevue, quoique de manière non fermée, qu'il propose un ordre des interrogations et guide la conversation, sans toutefois l'imposer. Bref, l'entrevue est préparée, mais elle demeure ouverte à la spécificité des cas et à la réalité de l'acteur. (Paillé, 1991, p. 4)

Bien que la doctorante doive limiter les questions posées afin de respecter la libre expression des participantes, il est important que les éléments centraux à la recherche soient abordés. Pour ce faire, un guide a été créé afin de préparer les entrevues. Quelques questions ouvertes ont été prédéfinies dans le guide d'entrevue (voir Appendice D), auxquelles se sont ajoutées d'autres questions dans un but de clarification et d'approfondissement des thèmes principaux.

Quant aux participantes à l'étude, les entrevues se sont déroulées avec elles du mois de février 2014 au mois de janvier 2015. Deux à trois entrevues en profondeur, de 60 à 90 minutes, ont été réalisées avec chacune des participantes. Seulement une participante a été vue deux fois pendant sa grossesse (lors du deuxième et du troisième

trimestre), alors que les deux autres n'ont été rencontrées qu'une seule fois. L'une de ces deux participantes a été rencontrée une seule fois en raison du stress lié à son travail et de la fatigue ressentie dans le dernier trimestre de sa grossesse. L'autre participante, en raison de son arrivée tardive à l'étude, n'a été rencontrée que lors de son troisième trimestre de grossesse. Par contre, toutes les participantes ont été rencontrées deux mois après l'accouchement, ce qui a permis d'explorer cette expérience avec elles.

Les entrevues ont été menées par la doctorante, aussi psychologue, qui a adopté une attitude d'écoute empathique face au vécu des participantes, mais qui, pour ne pas influencer les réponses des participantes, a tenté de mettre de côté ses hypothèses sur le plan conceptuel et pratique. La plupart des entrevues ont été effectuées au domicile des participantes alors que certaines entrevues ont été réalisées dans des endroits « neutres » et assurant la confidentialité (bureaux universitaires). Deux entrevues comportant des questions relatives à l'expérience de la grossesse se sont déroulées lors du deuxième et du troisième trimestre de la grossesse. À la première entrevue, les participantes ont rempli un questionnaire sociodémographique (voir Appendice E). La deuxième entrevue s'est déroulée avant le huitième mois de grossesse, par précaution face à l'éventualité d'un accouchement prématuré. Lors de la troisième entrevue, qui s'est déroulée deux mois après l'accouchement, l'expérience de l'accouchement a été abordée. Les bébés étaient présents avec leurs mères lors de cette rencontre.

Les participantes ont également eu la consigne de remplir un journal de bord (voir Appendice F) une fois par semaine entre les entrevues (environ 30 entrées). Cet outil a permis de recueillir des données supplémentaires en lien avec leur expérience de la grossesse et de l'accouchement. Il a également servi à assurer la triangulation des données, ce qui peut ajouter de la validité et de la fiabilité aux résultats, comme le demande l'étude de cas multiples (Yin, 2009). Lors de la première entrevue, la doctorante a remis à chacune des participantes un cahier pour noter leurs émotions, pensées, expériences corporelles et comportements liés à la grossesse ou à l'accouchement ainsi que les éléments de l'ASE pouvant influencer cette expérience. Ce journal de bord a été récupéré à la deuxième entrevue pour analyse. Puisqu'une seule participante a participé à trois entrevues, un deuxième cahier a été donné à celle-ci lors de la deuxième entrevue pour recueillir des données sur l'expérience de l'accouchement. Ce deuxième journal de bord a été récupéré pour analyse lors de la troisième entrevue. Une des participantes n'a pas rempli le journal de bord sans donner de raison précise (p. ex. de la fatigue, un manque de disponibilité, le cahier perdu, etc.). La troisième participante n'a écrit que quelques notes dans les deux cahiers remis, en raison d'un manque de disponibilité.

Analyse des données

Pour faire émerger les thèmes principaux liés à l'expérience de la grossesse et de l'accouchement ainsi que les éléments contextuels liés à l'ASE, la méthode employée

dans ce projet a été l'analyse thématique selon Braun & Clarke (2006). Avant l'analyse, les entrevues ont été transcrites par un assistant de recherche et les données du journal de bord ont été transcrites par la doctorante. Six étapes se sont imposées pour mener l'analyse thématique des données. Premièrement, la doctorante et la codirectrice ont procédé à une relecture des verbatims et des journaux de bord afin de se familiariser avec les données. Deuxièmement, des codes initiaux ont été produits à partir des verbatims d'entrevues. La lecture des journaux de bord a permis de constater qu'il n'y avait pas de nouveaux codes qui en résultaient. La codification a été validée par la codirectrice de la thèse. Des discussions avec cette dernière ont été réalisées de façon régulière afin de s'assurer de l'objectivité de la désignation des codes. Troisièmement, les codes ont été regroupés et répartis sous des thèmes correspondants; la doctorante a procédé à l'analyse des différents codes afin de pouvoir les combiner sous un thème plus global. Quatrièmement, la doctorante et la codirectrice ont procédé à une révision des thèmes pour les raffiner et vérifier s'ils reflétaient le sens de l'ensemble des données. Cinquièmement, la doctorante a procédé à l'appellation et à la définition thématique; elle a identifié la nature de chacun des thèmes et a déterminé la présentation des données. Finalement, les thèmes ont été regroupés pour construire l'arbre thématique qui permet d'observer la complexité de la recherche et les liens existants. Le tout a été validé par les deux directeurs. À ce stade final de l'analyse, un rapport a été produit et a fourni un récit précis, cohérent, logique et non répétitif des données. Ce rapport devait aussi fournir suffisamment de témoignages qui venaient prouver la prédominance des thèmes.

Finalement, l'analyse thématique appliquée a permis d'atteindre les objectifs de la présente étude qui visaient à explorer comment les survivantes d'une ASE vivent l'expérience de la grossesse et de l'accouchement et à déterminer comment l'ASE influence ces deux expériences. En effet, l'étude a apporté une compréhension de l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, de façon séparée l'une de l'autre, ce qui a peu été fait dans les autres études.

Critères de scientificité

Dans cette étude, le paradigme post-positiviste est adopté. Selon cette perspective, les phénomènes sociaux existent dans le monde objectif, c'est-à-dire que la réalité est indépendante de l'esprit (axe ontologique) (Guba et Lincoln, 1994). Ces phénomènes ne sont que partiellement appréhendables par l'utilisation de méthodes de recherche compte tenu de la complexité des phénomènes et de la limite de l'intellect humain. La réplication des résultats permet d'affirmer que ceux-ci sont probablement vrais (axe épistémologique). De plus, des moyens doivent être mis en place pour éviter que le chercheur influence l'objet de recherche en introduisant des biais ou ses propres valeurs. Selon l'axe méthodologique, les données doivent être recueillies dans un contexte naturel et une attention particulière doit être apportée à la cueillette d'informations contextuelles et à la signification des actions selon les acteurs concernés pour s'assurer de la validité des données. Des procédures ont été mises en place pour

respecter les critères de scientificité suivant l'objectivité, la fidélité, la crédibilité et la transférabilité.

Objectivité

Pour assurer l'objectivité des résultats, le processus de recherche a été documenté de façon systématique pour permettre la répliquabilité de l'étude et faciliter l'audit. Il est important également de mentionner que les données demeureront disponibles pendant cinq ans pour une éventuelle réanalyse par d'autres personnes. De plus, la recherche a été effectuée par une équipe détenant différentes expertises et perspectives : la doctorante est psychologue, le codirecteur est psychoéducateur et détient une expertise en ASE et la codirectrice a une expertise en recherche qualitative et en maltraitance.

Fidélité

Une procédure de codage multiple a été utilisée pour assurer le contrôle de fidélité des données. Le codage multiple implique que deux chercheurs codent la même série de données et discutent de leurs premières difficultés (Miles & Huberman, 1994, p.125). Dans la présente étude, lorsque la doctorante a terminé la codification de la première entrevue, une chercheure (codirectrice) a effectué le recodage de la même entrevue, une discussion entre les deux a été menée pour permettre de discuter et de régler les différences pour finalement corriger la liste des codes. Le but de l'analyse est d'en extraire le message des participantes plutôt que d'en interpréter le contenu.

Crédibilité (validité interne)

La crédibilité implique de vérifier si les observations sont effectivement représentatives de la réalité. Autrement dit, c'est d'évaluer si ce que le chercheur observe est ce qu'il doit vraiment observer. En fait, les données doivent avoir du sens pour les participantes et les lecteurs externes (Miles et Huberman, 1994). Pour assurer la crédibilité des données, une validation est faite auprès des participantes afin de s'assurer que les données sont conformes à leur expérience. Au cours de la deuxième et de la troisième entrevue, les données recueillies à la première entrevue étaient reconfirmées verbalement pour vérifier l'exactitude de la compréhension de la chercheuse et donner la chance aux participantes de préciser davantage leur perspective (Miles et Huberman, 1994).

Transférabilité (validité externe)

La présente étude ne vise pas la généralisation des résultats à toute la population des femmes enceintes ayant vécu une ASE. Cependant, les caractéristiques des participantes et celles des personnes qui ont été exclues sont détaillées, ce qui peut faciliter la transférabilité et permettre la comparaison avec d'autres échantillons. L'étude de cas vise surtout à développer une conceptualisation théorique qui pourra être testée ultérieurement auprès d'un échantillon plus important et diversifié.

Aspects éthiques de l'étude

Cette étude, décrivant l'expérience de la grossesse et de l'accouchement de femmes ayant vécu une ASE, a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke. Au début de la première entrevue, les participantes ont été invitées à lire et à signer le formulaire de consentement (voir Appendice G). La doctorante a informé les participantes que les entrevues seraient enregistrées en format audio afin d'être transcrites par la suite, ce à quoi elles devaient consentir afin de participer. La doctorante leur a expliqué l'objectif et le déroulement de l'étude, les modalités des entrevues, les avantages et les inconvénients liés à leur participation, la nature confidentielle des informations recueillies, les mesures prises pour respecter l'anonymat, la possibilité de se retirer en tout temps, les moyens de contacter la chercheuse pour toute question ou tout commentaire et la possibilité d'une compensation financière accordée pour frais de déplacement (15 \$). Une seule participante a reçu 45 \$ pour ses trois déplacements. Par contre, les autres participantes n'ont pas été payées étant donné que les entrevues se sont déroulées chez elles ou dans les bureaux de l'université. Les participantes ont également été informées de la gestion des données (conservées sous clé pendant cinq ans, identification des participantes codée, etc.). Nous nous sommes assurés que les participantes étaient à l'aise et leur avons fourni des locaux agréables. Nous avons aussi respecté leur niveau d'énergie, leur humeur et la possibilité d'arrêter les rencontres au besoin. Afin de limiter les impacts négatifs potentiels durant l'entrevue, des mesures ont été mises en place. Pour assurer un

suivi rapide de la situation, les participantes ont fourni les coordonnées d'un professionnel de la santé en qui elles avaient confiance pour référence éventuelle. Plusieurs des mesures citées plus haut ont été utilisées dans certaines études antérieures (Lee, 2001; Palmer, 2004).

Résultats

Ce troisième chapitre de la thèse contient deux parties. La première expose une présentation des trois cas (Éliane, Sarah et Alice) relatant l'expérience unique de grossesse et d'accouchement de chacune des participantes. Pour commencer, chaque cas comporte des informations générales sur la participante. Ensuite, les expériences de la grossesse et de l'accouchement sont présentées séparément concernant le vécu de l'expérience et l'influence de l'ASE sur celle-ci. La deuxième partie aborde une analyse comparative des trois cas. Cela a permis de mettre en évidence les similitudes et les différences les plus significatives de leur expérience respective en lien avec les objectifs de la recherche.

Premier cas : Éliane

Âgée de 28 ans, Éliane a vécu des agressions sexuelles à l'âge de six ou sept ans pendant un an. Son agresseur est son frère, qui avait alors environ 12 ans. Lors de la première entrevue, Éliane est une femme primipare à environ 27 semaines de gestation. Elle vit avec son conjoint. Elle est étudiante et elle occupe un emploi dans le domaine d'intervention.

Lors des deux premières entrevues, Éliane s'est montrée très émue et elle pleurait pendant les rencontres. Même si la doctorante a jugé bon de lui offrir de mettre fin à la

rencontre ou, tout au moins, de prendre une pause, elle a choisi de poursuivre. Elle a dit alors se sentir écoutée et que l'accueil l'a mise à l'aise. Elle a expliqué que ses pleurs sont une forme de « lâcher prise » et non pas de la tristesse. Lors de la troisième entrevue, Éliane a été davantage en contrôle de ses émotions.

Expérience de la grossesse

En apprenant qu'elle est enceinte, Éliane vit des émotions mitigées. D'une part, elle est très contente de cette grossesse inattendue, mais d'autre part, elle est anxieuse d'annoncer la nouvelle à son conjoint car elle anticipe sa réaction. Selon elle, il risque d'être mécontent. Elle sait qu'il n'est pas prêt à avoir des enfants. Puisqu'Éliane est toujours aux études, la situation financière de son couple lui semble défavorable. De fait, la nouvelle crée un conflit au sein du couple, le temps de quelques jours. Le conjoint se montre finalement heureux de devenir père.

Au cours de sa grossesse, Éliane vit certains aspects de façon positive. Chose importante, elle se sent à l'aise avec l'image de son corps. D'ailleurs, les gens lui reflètent cette perception en la complimentant : « tu es belle, tu as une belle bedaine. » Cette impression positive, Éliane la perçoit également quant à son futur rôle de mère. Elle se perçoit en effet comme une future maman décontractée qui est en mesure de s'adapter facilement à toutes les situations. Elle ne veut pas être une mère *by the book*, pas davantage qu'une mère désorganisée. Elle compte voyager avec son bébé sans

entraves et l'amener partout. D'ailleurs, pour Éliane, le fait de mener à terme sa grossesse la rend joyeuse. Elle imagine son enfant partout dans la maison.

Pendant son premier trimestre, Éliane demeure heureuse de sa grossesse non planifiée. Toutefois, elle a peur d'être dépossédée de son bébé. Elle exprime cette crainte de la façon suivante : « Jusqu'à tant que j'aille 12 semaines, on dirait qu'j'avais tellement peur de l'perdre! » Plusieurs facteurs contribuent à cette peur. Il y a d'abord le fait que la grossesse n'était pas planifiée. Vient ensuite le sentiment qu'elle éprouve lorsqu'elle ne sent pas le bébé bouger. Finalement, elle se montre très sensible aux histoires de grossesse qui tournent mal que lui racontent des personnes de son entourage, expérience qu'elle rapporte en ces termes : « Par exemple, [...] une telle a perdu son bébé, une telle a fait un accident et son bébé est sorti de son ventre, une telle a eu un accouchement terrible à l'hôpital [...] ». Éliane a l'impression que le fait de penser à la perte de l'enfant pourrait provoquer cette perte. Elle tente de chasser ces idées : « [...] je me disais qu'il ne faut pas que je pense à ça. Comme si je pense ça va arriver! » Éliane évite de créer une image de son bébé pour ne pas avoir à faire le deuil en cas de perte. Elle avait « [...] peur de faire des images pis que le bébé s'en aille. Pis tsé de vivre un deuil [...] J'essaie de ne pas y penser. » D'ailleurs, les blagues de son conjoint sur la perte de l'enfant la troublent au cours de cette période. Or, vers la douzième semaine de grossesse, Éliane a l'impression que son bébé s'est enfin « accroché » et qu'il va rester. Cette peur d'être dépossédée de son enfant réapparaît

néanmoins vers la fin de la grossesse. Elle est déclenchée par plusieurs événements et des souvenirs. Principalement, Éliane présente des risques de pré-éclampsie, comme sa mère qui a perdu un enfant : « [...] moi ma mère elle en a fait, elle a perdu un bébé aussi, faque là t'sais génétiquement y'a plus de risques! » À ce moment, le fait d'avoir des ennuis avec son véhicule, en plus d'être impliquée dans un « accrochage » sur la route, ravive sa peur d'être dépossédée de l'enfant. Elle se remémore un ensemble d'histoires à connotation négative : bébé qui sort du ventre, une femme dont le bébé est mort à huit mois et demi dans son ventre, etc. Toutes ces histoires affectent sa grossesse et accroissent sa peur d'être dépossédée de son enfant. Elle craint qu'une situation semblable puisse lui arriver : « tsé on n'est pas invincible là, c'est plus ça j'suis comme ha ça pourrait m'arriver là, si ça m'arrive pis... Si on arrêterait de me compter des histoires j'pense que j'serais moins... Y m'contaminent avec leurs histoires de fou, là [...] ». Sa peur demeure présente, bien que son médecin la rassure sur sa grossesse et la santé du fœtus. Éliane attend l'accouchement impatiemment, espérant faire taire sa crainte d'être dépossédée de l'enfant. Elle désire sa naissance pour pouvoir le voir vivant, le voir respirer et *complet* : « [...] tsé on dirait qu'j'ai hâte qu'y naisse pis parce que là il va être vivant pis il va être né enfin... Oui pis que bon y'est là, y'est vivant il respire! »

Pendant son troisième trimestre, Éliane rapporte une certaine labilité émotionnelle. Elle se trouve plus émotive que d'habitude face aux événements vécus quotidiennement.

En fait, elle réagit fortement à certaines situations comme les blagues de son beau-père et elle se sent attaquée par ce dernier. L'état financier de son conjoint la rend également très émotive. Éliane vit beaucoup de stress lors de ce trimestre. Elle a de multiples responsabilités dont des dépenses importantes, la préparation de son congé de maternité au travail et, bien sûr, sa grossesse. De plus, le médecin avise Éliane que sa pression sanguine est élevée. Elle craint dès lors que l'enfant naisse avant terme alors qu'elle ne se sent pas encore prête sur le plan matériel. En effet, Éliane attend son « shower de bébé » avant d'acheter l'essentiel pour son enfant parce qu'elle pense recevoir des cadeaux. Étant donné sa peur d'un accouchement prématuré et étant donné les complications médicales possibles, Éliane procède rapidement à l'achat du matériel pour son futur bébé, accompagnée de son conjoint. Le fait d'avoir ce qu'il faut sur le plan matériel pour son enfant et d'avoir préparé son « sac d'hôpital » la rend moins anxieuse. À cette étape de sa grossesse, Éliane confirme que la présence du bébé est beaucoup plus concrète pour elle étant donné qu'elle le porte en elle. En revanche, elle souligne que ce ne l'est pas encore pour son conjoint. Elle croit d'ailleurs que la naissance de l'enfant, alors tangible pour lui, devrait changer l'avis de ce dernier.

Lors de son examen médical, Éliane apprend que la position du bébé risque éventuellement de nécessiter une césarienne. Éliane désire vivre l'accouchement par voie naturelle, mais elle est quand même prête à accepter un accouchement par césarienne. Elle mentionne aussi son désir de voir son conjoint s'impliquer davantage

dans sa grossesse et dans la façon dont elle va accoucher. Elle a l'impression que son conjoint est détaché de son expérience, ce qui semble la déranger. Elle insiste ainsi pour qu'il assiste avec elle aux cours prénataux. Il refuse d'y assister au début, mais il finit par céder à la demande de sa femme. Il devient plus impliqué et manifeste plus d'attachement envers le bébé. Éliane est rassurée par ce changement.

Sur le plan physique, Éliane ne vit pas les examens médicaux comme intrusifs. Le médecin réussit souvent à la mettre à l'aise. D'un autre côté, tout au long de sa grossesse, Éliane remarque une certaine diminution de sa libido. Elle ne se sent pas à l'aise d'avoir une relation intime avec son conjoint en raison de la présence de l'enfant dans son ventre :

[...] on n'est pas à l'aise les deux là. Et lui non plus là il n'est pas à l'aise qu'on fasse l'amour... c'est comme si y'avait un intrus dans notre vie sexuelle [...] c'est comme si on n'est pas deux dans notre lit là, on est trois. C'est comme, si le bébé là, lorsqu'il sortira, ça ne sera plus pareil là, il sera avec nous [...]

Influence de l'ASE sur l'expérience de la grossesse

Éliane nomme deux éléments liés à son histoire d'ASE qui influencent son expérience de grossesse. Premièrement, elle désire ardemment avoir un garçon parce qu'elle considère qu'il peut être protégé des agressions sexuelles. Plus jeune, Éliane voulait contrôler le sexe de l'enfant en adoptant un garçon : « [...] j'tenais beaucoup à adopter parce que j'voulais adopter un garçon, j'voulais pas qu'ce soit une fille... Faque

pour moi, si c'était un garçon, mais y'est plus protégé [...] j'trouve ça plus rassurant. » Dès le tout début de sa grossesse, Éliane a d'ailleurs la conviction que son bébé sera un garçon : « [...] moi j'dis que ça allait être un garçon, j'ai vraiment une conception que mon enfant, ça allait être un garçon... avoir su que ç'allait être une fille, là, je ne sais pas qu'est-ce que j'aurais vécu comme émotion. » En apprenant que l'enfant est un garçon, Éliane vit des sentiments et des émotions positives : « [...] je voulais que ça soit un garçon [...] j'étais contente là... c'était plus comme de la joie, des émotions positives... rassurée aussi. » Lorsque la femme de son frère était devenue enceinte de son premier bébé, Éliane s'inquiète du sexe de l'enfant à naître : « [...] mais je sais quand ma belle-sœur était enceinte, je ne savais pas le sexe et ça m'inquiétait [...] ».

Éliane croit que l'ASE a un impact sur l'image qu'elle se fait de son rôle de mère et non pas sur sa grossesse en tant que telle. Elle s'imagine devenir une mère capable d'assurer une surveillance et une protection sans faille auprès de ses enfants : « Tsé, je sais que y'a une chose que j'veux pas répéter, j'pense qu'j'va être plus protectrice. » Éliane exprime qu'elle ne souhaite pas répéter le modèle de ses parents. Par exemple, elle ne laisserait pas son enfant jouer seul sans surveillance parce qu'elle aurait peur qu'il vive une agression sexuelle semblable à celle que lui a fait vivre son frère. Elle trouve qu'elle a une façon de penser différente de celle de sa mère. Elle prévoit être plus prudente et plus attentive avec les enfants qu'elle compte avoir. Elle prévoit d'ailleurs se sentir plus « alerte » lorsqu'ils devront être gardés par sa mère. En fait, elle a peur que

celle-ci les laisse jouer seuls dans le bois, sans surveillance et qu'il leur arrive malheur. Enfant, laissée à elle-même, elle a été agressée sexuellement et s'est adonnée à des jeux sexuels avec les enfants du voisinage. C'est ce qu'elle veut par-dessus tout épargner à ses propres enfants. Elle insiste sur cet aspect. Éliane croit qu'elle peut être plus vigilante par rapport à la sexualité de ses enfants : « La perception de ça, c'est teinté par le fait aussi que j'ai vécu des abus [...] Pis moi je veux pas que mon enfant t'sais vive ça, là! »

Elle appréhende le moment où les enfants découvrent leur sexualité et elle craint de ne pas être à la hauteur dans ses interventions. Sa belle-sœur, aussi agressée sexuellement dans son enfance, l'a rassurée à propos de son inquiétude. Elle partage son avis. La protection des enfants lui paraît être, comme pour Éliane, une préoccupation majeure.

Expérience d'accouchement

Lors de l'accouchement, Éliane réussit à dépasser ses peurs et ses craintes grâce au soutien des professionnels de l'hôpital. Elle décrit son médecin comme quelqu'un de calme et de rassurant. Éliane décide de ne pas avoir recours à l'épidurale. Son travail débute à la maison en fin d'après-midi. Lorsque les contractions commencent à s'intensifier et que la douleur augmente, Éliane pense changer d'idée. Mais avant de prendre cette décision, elle tient à tenter toutes les mesures nécessaires pour gérer sa

douleur. Elle avait lu des livres sur la question et elle essaie de se concentrer sur ses contractions et de visualiser des images positives d'accouchement. Toutefois, elle réalise qu'elle n'y parvient plus. Elle finit par demander l'épidurale, ce qui diminue la douleur et facilite l'accouchement.

Au début de son travail d'accouchement, Éliane est calme alors que son conjoint est décrit comme très énervé. Elle essaie de le calmer. Cependant, des complications nécessitent l'implication de plusieurs intervenants. Le bébé manque d'oxygène et son rythme cardiaque baisse, ce qui oblige le médecin à procéder au plus vite. Éliane panique, surtout lorsqu'on doit lui mettre un masque d'oxygène. Elle s'inquiète beaucoup, se demande s'il y a des problèmes graves et si les choses vont mal pour son enfant; l'équipe médicale la rassure. Le médecin fait une épisiotomie d'urgence sans beaucoup d'explication. Étant donné qu'Éliane ne veut pas que son enfant soit sorti « avec une ventouse », elle pousse fort et le bébé naît 15 minutes plus tard.

À la suite de l'accouchement, le médecin explique à Éliane ce qui est arrivé. Elle lui explique aussi la raison pour laquelle l'épisiotomie a été faite et que la situation n'était pas facile. Éliane trouve que les intervenants, et surtout son médecin, avec son calme et son contrôle, ont réussi à la mettre en confiance et à la rassurer tout au long de l'accouchement.

À la naissance de l'enfant, Éliane et son conjoint sont très émus. Ils pleurent lorsqu'ils voient leur bébé. Selon Éliane, le conjoint est ému de la beauté de ce dernier. Éliane se sent particulièrement touchée lorsque le personnel médical pose le nouveau-né sur elle. Elle ressent toutefois de la déception lorsqu'on le reprend sans qu'elle puisse ressentir suffisamment le contact de sa peau et expérimenter l'allaitement à la première heure de vie de l'enfant, comme elle avait souhaité le faire. Très peu de temps après l'accouchement, Éliane se sent en pleine forme et en contrôle de la situation. Elle se sent prête à quitter l'hôpital, où elle a passé moins de 36 heures.

Influence de l'ASE sur l'accouchement

Lors de l'entrevue, Éliane ne constate pas d'incidence de son ASE sur son expérience d'accouchement. Elle pense plutôt qu'elle va le ressentir lorsque son enfant aura le même âge qu'elle avait lorsqu'elle l'a elle-même vécue, ou du moins, lorsque son enfant atteindra l'âge auquel les enfants vivent des expériences sexuelles : « Ça va peut-être tsé venir me rechercher quand que lui va avoir l'âge que moi j'avais, pis qu'il vive des choses comme ça, tsé les enfants vivent tous des p'tites expériences sexuelles! » Malgré tout, elle confirme à nouveau la joie qu'elle éprouve d'avoir un garçon. « J'tais vraiment contente que ce soit un garçon [...] », nous dit-elle. Elle va plus loin et précise qu'elle affectionne davantage les garçons que les filles : « Ben moi j'aime plus les p'tits gars que les p'tites filles! » D'ailleurs, le fait d'avoir accouché d'un garçon semble atténuer ses craintes pour l'avenir de son enfant. Selon la primipare, un enfant de sexe

masculin est protégé des agressions sexuelles. Elle ajoute que, statistiquement parlant, les garçons subissent moins d'ASE que les filles. Elle s'explique comme suit : « On dirait que c'est plus facile de protéger [...] tsé statistiquement on l'sait, là, les p'tits gars sont moins abusés sexuellement que les p'tites filles! » Éliane affirme qu'elle sera tout de même un peu préoccupée, mais reconnaît aussi qu'elle aurait pu être plus inquiète si elle avait donné naissance à une fille. Plus encore, cette éventualité aurait teinté davantage son rôle de mère, la rendant surprotectrice : « C'est sûr que tsé, j'va être préoccupée, j'pense, pareil par rapport à ce que j'ai vécu, mais moins si ça aurait été une p'tite fille. J'pense que si ça aurait été une p'tite fille, j'aurais été peut-être plus surprotectrice, tsé là oui j'va l'protéger [...] »

Conclusion

Comme les résultats le démontrent, Éliane vit positivement certains aspects lors de sa grossesse. Son image corporelle, l'idée d'avoir un enfant et le fait de se sentir à l'aise lors des examens gynécologiques le démontrent. En revanche, sa situation financière et professionnelle, de même que le peu d'implication de son conjoint au début de la grossesse, la préoccupent. Éliane associe deux éléments de son ASE à sa grossesse. D'abord, elle croit que son agression peut influencer son rôle de mère. Elle s'imagine devenir une mère qui surveille beaucoup, peut-être trop, ses enfants. De plus, elle établit clairement un lien entre son agression et son désir d'avoir un garçon.

Pour ce qui est de son accouchement, notons tout d'abord qu'Éliane se sent déçue de ne pas pouvoir appliquer son plan de naissance, plan selon lequel elle devait donner naissance naturellement à son enfant, sans complication. Toutefois, et comme nous le verrons dans les autres cas de l'échantillon, le rôle du personnel médical revêt une importance centrale. D'ailleurs, quand surviennent des complications (épidurale, épisiotomie d'urgence, anoxie, etc.), elle sent que son médecin la rassure. Même si Éliane pense que son ASE n'a pas d'impact sur sa grossesse, lorsqu'on la questionne à ce propos, elle exprime sa joie d'avoir donné naissance à un garçon et note à nouveau que c'est son futur rôle de mère qui risque d'être teinté de cette expérience.

Deuxième cas : Sarah

Sarah est âgée de 32 ans. Elle a vécu des agressions sexuelles à l'âge de cinq ans pendant un an. Son frère l'a abusée alors qu'il avait 11 et 12 ans. Elle habite avec son conjoint et la fille de ce dernier. Elle étudie présentement à l'université.

Lors de la première entrevue, Sarah est une femme primipare qui se trouve à sa 21^e semaine de gestation. Elle a été recrutée par Facebook. Étant donné son manque de disponibilité vers la fin de sa grossesse (horaire, fatigue de la grossesse, etc.), nous n'avons pas pu réaliser avec elle les trois entrevues prévues; nous avons donc réalisé deux entrevues. L'une d'elles s'est déroulée lors du deuxième trimestre de sa grossesse et la seconde, deux mois après l'accouchement. À sa demande, la première entrevue

s'est déroulée dans les locaux de l'université. La deuxième a été réalisée à la résidence de la participante dans une chambre à laquelle personne d'autre n'avait accès. Sarah n'a pas pu remplir le « journal de bord » par manque de temps.

Malgré ses réticences et son anxiété (hésitation verbale, bouche sèche, etc.) lors de la première rencontre, Sarah collabore néanmoins très bien. La participante se dit en effet à l'aise de partager son histoire avec nous. Elle rapporte qu'elle sent une bonne écoute. De plus, elle pense que les entrevues l'aident à clarifier des choses concernant son ASE et son vécu lors de sa grossesse et de son accouchement.

Expérience de la grossesse

Au début de sa grossesse et malgré la fatigue physique lors des premiers mois, la grossesse se déroule bien. La nouvelle qu'elle deviendra mère est accompagnée de joie et de bonheur chez le couple. Sarah précise que cette grossesse est désirée depuis très longtemps. Depuis son jeune âge, elle veut être mère. Or, devenir enceinte n'a pas été simple, elle cherche à l'être depuis déjà deux ans. Elle s'y prend tout d'abord de façon naturelle, mais sans succès. Elle consulte alors son médecin pour qu'il la réfère à une clinique de fertilité. À ce moment, elle vit plusieurs événements stressants. D'abord, le couple vit un déménagement. S'ensuivent des irritants dont souffre la relation. C'est également dans ces circonstances qu'elle apprend que ses parents ont des problèmes de santé. La triste nouvelle la secoue et coïncide avec son retour aux études. Préoccupée,

Sarah se demande si ces événements anxiogènes peuvent expliquer pourquoi elle ne devient pas enceinte. Elle réalise également que tout au long des deux dernières années, elle n'était de toute façon pas prête psychologiquement à l'être. Elle croit à ce moment qu'il y a un « blocage psychologique » qui l'en empêche. Elle essaie donc d'en comprendre la raison en cherchant dans sa dynamique familiale. Elle pense notamment à son lien avec sa sœur et à l'historique de grossesse dans la famille de sa mère. Sarah fait le lien entre la grossesse de sa sœur qui précède la sienne de quelques semaines et ce qu'elle nomme « blocage psychologique ». Ce dernier renvoie à une idée fixe : elle pense qu'elle ne doit pas devenir enceinte avant sa sœur. Cette dernière lui rappelle l'importance de la chose. Elle lui dit ouvertement que c'est une bonne chose qu'elle soit enceinte après elle. Ce souhait exerce une pression qui pèse sur Sarah : « pis elle est tombée enceinte, quelques semaines après, j'ai suivi. Dans l'fond elle m'a confirmé qu'y'aurait pas fallu que j'sois enceinte avant elle [...] C'est une chance que tu ne sois pas tombée enceinte avant moi, parce que je ne l'aurais pas pris. » Sarah essaie également de comprendre l'historique des grossesses dans la famille de sa mère et qui peut également avoir un impact sur ses propres difficultés de devenir enceinte. Elle découvre que la grossesse et l'accouchement sont des sujets tabous dans cette famille et exprime son idée comme suit : « j'me suis rendu compte que c'tait très tabou maternité, sexualité, femme et tout ça. » Plusieurs complications en lien avec l'accouchement (fausse couche, décès avant l'accouchement, accouchement par césarienne, etc.) sont aussi soulignées par Sarah. Elle apprend qu'à l'accouchement de sa mère, sa grand-mère

a failli avoir un arrêt cardiaque. Cette histoire a eu, selon Sarah, un impact sur toutes les grossesses de sa mère par la suite. Celle-ci a en effet eu tous ses enfants par césarienne, ce que Sarah explique par la peur causée par les histoires des grossesses de la grand-mère. Sarah note avec étonnement que sa grand-mère et la sœur de cette dernière ont eu chacune un seul enfant biologique, alors qu'à leur époque les femmes avaient plusieurs enfants. Cela témoigne, selon elle, d'un problème important en lien avec la grossesse et l'accouchement dans la famille de sa mère. Elle établit également un lien avec ses propres difficultés de devenir enceinte, même si Sarah affirme d'un même souffle, avoir fait le « ménage » par rapport à ces histoires.

Lors de son premier trimestre, Sarah vit très bien sa grossesse, mais elle ressent des malaises physiques (fatigue, manque d'énergie, reflux gastriques, constipation). Elle essaie de trouver des moyens pour se soulager par la prise de médicaments. La fatigue demeure présente vers la fin de sa grossesse. À ce moment, Sarah souffre d'un diabète de grossesse. Elle s'en inquiète parce que cette condition peut nécessiter un suivi médical et un accouchement à l'hôpital, ce que Sarah refuse. En effet, elle a toujours voulu accoucher sous les soins d'une sage-femme et repousse l'approche médicale. Elle consulte alors une nutritionniste et suit un régime alimentaire pour contrôler son taux de sucre.

Sarah semble vivre une certaine labilité émotionnelle lors de sa grossesse. Elle se trouve plus émotive que d'habitude face aux événements vécus au quotidien. Elle peut réagir fortement à des événements apparemment banals et vit des émotions qu'elle estime, à tort ou à raison, non appropriées : « Il y a des fois, c'est sûr, que je suis plus émotive et ça fait que je pleure à rien, dans le sens que, j'veais entendre une nouvelle à télé qui m'concerne pas du tout pis j'peux me mettre à pleurer [...] C'est ça, des fois ça peut être autant positif que négatif c'est, tsé incontrôlable ». Elle dit également avoir des difficultés de concentration et de mémoire depuis sa grossesse.

Par ailleurs, une fois enceinte, Sarah vit des événements désagréables en lien notamment avec sa belle-famille et sa sœur. En effet, à l'annonce de sa grossesse, les beaux-parents expriment leurs souhaits d'avoir un petit-fils : « la conjointe du père à mon conjoint disait souvent : "Ah! Nous on veut qu'ça soit un garçon, si c'pas un garçon on va être déçus." » Ces derniers s'immiscent dans les petits détails concernant le quotidien du futur enfant ainsi que dans la vie de couple (choix de la garderie, prise du congé parental, achat des jouets, etc.), ce qui dérange Sarah et l'amène à vouloir protéger son futur enfant sur le plan psychologique, quel que soit son sexe. Elle s'exprime ainsi à propos de sa belle-famille :

Non vous ne viendrez pas comme, le blesser ou l'attaquer. Pis c'était avant de savoir que c'était un garçon [...] le genre d'instinct maternel de protection, de maman protectrice qui doit, tsé là, c'est plus dans l'estime pis dans la psychologie que je le protège.

Cependant, son conjoint la soutient et explique à ses parents que peu importe le sexe du bébé, il sera apprécié par lui et sa conjointe. Les beaux-parents cessent alors de perturber Sarah à propos du sexe de son futur enfant.

À la suite de l'échographie, Sarah vit des sentiments partagés concernant le sexe du bébé. D'un côté, elle est contente de savoir que son futur bébé sera un garçon, ce qui l'aide à se projeter dans le futur et à faire des achats en fonction du sexe de l'enfant. D'un autre côté, elle semble vivre une déception. Elle l'exprime de cette façon : « le sexe je crois juste une petite... pas une p'tite déception, mais une petite déception de vengeance par rapport à mes beaux-parents [...] » Sa sœur, en apprenant la nouvelle de la grossesse, se compare beaucoup à Sarah. Elle la décourage concernant les symptômes négatifs de la grossesse et les décrit comme quelque chose de désagréable : « j'me disais par chance j'suis comme sur ma bulle d'émotions [...] ça avait l'air tellement décourageant être enceinte que j'aurais pu quasiment être en dépression à l'entendre. » Sa sœur dénigre les choix de Sarah (être suivie par une sage-femme, ne pas prendre certains médicaments, etc.). Ces propos la blessent et lui font violence. Elle se crée une bulle protectrice et prend ses distances par rapport à sa sœur dans le but de se protéger.

Sarah a toujours voulu être suivie par une sage-femme et non par un gynécologue. Lors de sa grossesse, elle remarque une différence significative entre les deux approches (milieu médical vs sage-femme). Selon Sarah, l'approche d'une sage-femme est plus

humaine et respectueuse vis-à-vis des besoins de la mère. Avec une sage-femme, Sarah se sentira comprise par rapport aux responsabilités et aux décisions qui concernent sa santé et celle de son bébé. Elle se sentira devenir maître de sa grossesse et de son futur accouchement. En revanche, l'approche médicale se limitant à contrôler ce qui se passe sur le plan physique, délaisse le plan psychologique. Selon elle, avec un gynécologue, Sarah pense avoir moins de liberté en ce qui a trait au choix de ce qui est bon pour elle et pour son enfant :

J'ai plus l'impression que ma sage-femme me considère comme autant responsable [...] que je suis capable de prendre des décisions qui sont bien pour moi pis pour mon bébé. Quand je pense je vais voir mon médecin, quand j'apporte comment je me sens pis que j'ai des idées c'est pas très nécessairement une bonne idée [...]

Ses idées seront d'après elle peu appréciées dans le milieu médical. Sarah associe l'approche médicale à la non-écoute, à la pression et à la médicalisation. Cela est également vrai pour les contacts physiques. Sarah considère que les manières d'une sage-femme sont plus humaines alors que celles d'une gynécologue lui semblent trop froides.

Influence de l'ASE sur l'expérience de la grossesse

Sarah nie l'existence d'un impact de l'ASE sur sa grossesse lorsque la question lui est posée directement. Toutefois, elle pense que l'ASE pourrait influencer son

accouchement. Elle appréhende cette expérience dans le sens où cela pourrait déclencher des souvenirs refoulés :

Plus au niveau de l'accouchement [...] que ça va être plus sensible ou plus émotif, tu sais peut-être que ça va venir me brancher plus avec ce vécu-là [...] Donc tu sais j'ai déjà eu des femmes qui c'est beaucoup comme ça, qui se sont rappelées leur agression, ou qu'elles aillent beaucoup de souvenirs suite à l'accouchement [...] j'imagine que c'est le passage du bébé [...] Comment ça se passe, comment ça se déroule [...] »

Lorsque Sarah apprend le sexe du bébé, elle se questionne sur le potentiel impact de son ASE sur la relation avec son garçon : « je me disais ah c'est un garçon [...] Mais, quand j'avais su que c'était un garçon, est-ce que je vais avoir quelque chose, ça va teinter la relation, je m'ai posé la question. » Cette crainte est nourrie en partie par l'histoire d'une femme avec qui Sarah travaille. Cette dernière a vécu une ASE et a fait une dépression post-partum à la naissance de son garçon. Sarah semble faire un lien entre la dépression et le sexe du bébé et elle craint à son tour que son ASE puisse influencer sa relation avec son bébé.

Par ailleurs, Sarah pense qu'elle va être une mère qui va mettre en garde ses enfants par rapport à la sexualité et aux agressions sexuelles. Elle se trouve bien outillée pour le faire, étant donné qu'elle a vécu elle-même une ASE. Sarah mentionne que dans sa famille, le sujet de la sexualité était tabou : « mes parents qui m'ont jamais parlé de sexualité ou des choses normales dans la vie d'un enfant, sous le développement, ben je me dis un problème de communication. » D'ailleurs, Sarah trouve que son père a

toujours fait confiance de façon inconditionnelle à son frère. Peu importe ce que dernier fait, son père lui donne raison. Dans sa famille, il semble y avoir un traitement inégal entre une fille et un garçon. Sarah fait un lien entre l'histoire d'ASE avec son frère et cette confiance inconditionnelle. Elle pense aussi que cela a joué un rôle important dans les délais de son dévoilement de son ASE. Avec ses propres enfants, Sarah ne veut pas répéter le modèle qu'elle a vécu pendant son enfance en ce qui concerne la sexualité. Elle aime agir davantage avec transparence et offrir à ses enfants des explications concernant le développement sexuel : « se respecter, leur expliquer que leur corps leur appartient et pas à personne d'autre. » Elle pense également les prévenir d'une potentielle agression sexuelle.

Expérience d'accouchement

Sarah souhaite depuis toujours accoucher par voie naturelle et accompagnée d'une sage-femme. Toutefois, certaines difficultés (diabète, position du bébé, etc.) lui font penser que les probabilités de devoir avoir recours à une césarienne en milieu hospitalier sont élevées. Convaincue que la position de bébé est correcte, Sarah est bouleversée lorsqu'elle apprend que le bébé se présente par le siège. Elle essaie donc de faire différentes démarches pour inverser la position de l'enfant qu'elle porte. Elle se soumet à l'hypnose, à l'ostéopathie et à l'acupuncture. Elle décide aussi d'aller à l'hôpital voir un gynécologue qui lui fait une séance d'inversion, et ce, malgré qu'elle soit informée du fait que cela peut déclencher un accouchement par césarienne. Après 40 semaines de

grossesse, Sarah décide de se faire provoquer et commence à se préparer pour une intervention médicale à l'hôpital. Lorsque questionnée sur le déroulement de son accouchement, Sarah le décrit comme un accouchement hybride. En fait, le travail d'accouchement débute à la maison en présence consécutive de deux sages-femmes et d'une accompagnante à la naissance. Toutefois, après environ 48 heures de travail, l'accouchement naturel semble impossible. Elle est donc transférée à l'hôpital. Sarah y arrive très fatiguée, sans énergie et l'accouchement ne progresse plus. À cause de ces complications, la césarienne devient nécessaire. Cette situation suscite des sentiments ambivalents chez Sarah. Elle est triste parce qu'elle n'accouche pas naturellement, mais en même temps, elle désire voir son bébé et le prendre dans ses bras.

Sarah tente de négocier chaque chose dans le déroulement de l'accouchement. Selon elle, la présence de ses deux sages-femmes influence le déroulement de l'expérience en sa faveur. En effet, la gynécologue a lu le plan de naissance et l'a accepté, ce qui permet à Sarah de vivre son accouchement de façon naturelle avant de passer à la césarienne. Bien qu'elle soit triste, Sarah est aussi heureuse que la césarienne se déroule bien et que ses désirs soient respectés. Elle exprime sa satisfaction de pouvoir tenter l'expérience de l'accouchement naturel aussi longtemps.

Sarah voulait accoucher à la maison pour plusieurs raisons. Premièrement, elle tenait à accoucher dans le confort de son domicile, loin de la surveillance du milieu

hospitalier. Deuxièmement, elle désirait être libre dans ses choix concernant son bébé et pouvoir être seule à la suite de son accouchement, ce qui ne lui semblait pas possible à l'hôpital. Sarah exprime beaucoup de peine et de la colère parce que sa sortie de l'hôpital est retardée alors que, d'après elle, tout se déroule sans aucune complication depuis la naissance de son enfant. Elle est dérangée de se faire réveiller pendant la nuit pour voir si tout va bien. Sarah exprime de l'irritabilité et de la frustration. Elle demande aux infirmières de ne plus venir sans cesse la déranger « pour prendre ses signes vitaux ».

Lors de son accouchement, Sarah semble avoir besoin de vivre dans « sa bulle » pour se concentrer sur son corps et ses contractions sans se laisser distraire par les autres. Elle parvient à le faire et vit dans son monde, au point d'oublier des événements et même la présence de certaines personnes. Sa relation avec les infirmières se limite aux façons de faire les choses pour la soulager de ses contractions. Elle communique avec celles-ci ses besoins, mais sans chercher de réponses ailleurs. Son idée semble être faite.

Sarah perçoit une divergence dans les opinions et les pratiques entre les différentes professionnelles de la santé (infirmières, sages-femmes, accompagnatrice à la naissance, gynécologues). En effet, lors de son accouchement, elle reçoit des consignes qui sont parfois contradictoires. Lorsque les infirmières lui demandent d'arrêter de pousser pour ne pas mettre en danger la vie de l'enfant, Sarah ne peut pas s'empêcher de le faire. Elle

applique de la sorte les conseils prodigués par les sages-femmes et son accompagnatrice. Elle s'oppose aussi à la gynécologue et refuse de prendre le médicament inductif que cette dernière lui propose pour provoquer les contractions. La gynécologue accepte et donne la chance à Sarah de faire plus d'efforts pour essayer de déclencher le travail d'accouchement de façon naturelle. Cependant, cela ne fonctionne pas. Lorsque Sarah pousse pour mettre au monde son enfant, le rythme cardiaque du bébé ralentit. On lui demande donc de rester allongée. Sarah se sent davantage en contrôle de la situation avec l'aide de sa sage-femme et de son accompagnatrice à la naissance. En effet, cela lui permet de poser certaines questions concernant son accouchement pour mieux comprendre la situation. Elle trouve en revanche plutôt froide l'approche de la gynécologue. Cette dernière émet certaines répliques que Sarah n'apprécie pas. Elle lui impose une façon de respirer (pousser en respirant), ce qui est différent de la façon apprise avec sa sage-femme et son accompagnatrice et au cours de yoga. En revanche, avant la césarienne, Sarah se sent comprise par la gynécologue et elle est heureuse de constater que cette dernière s'est préparée selon son plan de naissance, qu'elle a pris le temps de lire. La gynécologue se montre aussi sensible aux souhaits de Sarah, comme celui d'accepter la présence et l'implication du conjoint.

Lors des interventions et des examens médicaux, avant et pendant l'accouchement, Sarah se sent très « manipulée », comme un objet (séance d'inversion, césarienne et vérification de sa cicatrice). Selon elle, l'attitude des infirmières varie. Certaines d'entre

elles manquent de délicatesse : « ce qui était dérangent à l'hôpital au niveau de la cicatrice c'est qu'il y avait des infirmières qui étaient moins délicates au niveau du toucher sur le ventre, qui sont retrouvés encore à me brasser, comme un peu intrusif! »

En fait de présence et de contact, Sarah souligne aussi une différence entre les deux sages-femmes. Elle dit qu'elle apprécie moins la deuxième et la trouve distante, à l'écart et moins aidante que la première. Le lien établi avec elle n'est pas satisfaisant, mais plutôt décevant. Elle la trouve également moins énergique. Lors de l'accouchement, Sarah se montre directive avec elle. Elle ressent le besoin de lui indiquer ce qu'il faut faire pour la soulager dans ses contractions (lui masser le bassin, étirer les jambes, les bras, etc.). Dans ce contexte, Sarah veut se faire confiance en contrôlant son accouchement et sans se faire imposer les choix d'autres personnes. Elle pense qu'elle est capable d'être à l'écoute de son corps et de celui de son bébé.

Quant à la première sage-femme, Sarah vit de la colère et de la déception lorsqu'elle doit quitter la salle d'accouchement. Bien qu'elle affirme comprendre qu'elle puisse être épuisée après plusieurs jours de travail consécutifs, elle reste tout de même déçue. Elle avait développé une bonne relation avec cette première sage-femme qui l'accompagnait à ses rendez-vous médicaux.

Influence de l'ASE sur l'accouchement

Lorsqu'on lui pose la question, Sarah affirme ne pas constater d'impact émanant de son ASE sur son accouchement. À ses yeux, ces deux événements marquants sont deux choses distinctes. Elle reconnaît par contre que son ASE aurait peut-être eu une incidence sur son accouchement si elle ne s'y était pas préparée. En ce sens, le travail fait sur elle-même (psychothérapie, introspection, préparation, etc.) lui semble avoir été bénéfique. Dès le début de sa grossesse, elle craignait un possible impact de son ASE. Elle en avait conscience et s'était confiée à sa sage-femme et à son accompagnatrice. Elle avait peur que l'accouchement fasse émerger des éléments en lien avec son ASE : « je me serais mal vue par exemple accoucher et pas le dire pis s'il y a quelque chose qui se serait émergé, que ça vienne, teinter l'accouchement. »

Sarah se questionne sur le rôle de l'ASE par rapport à certaines complications. Elle se demande si cette agression pourrait avoir un rôle dans le « blocage psychologique » qu'elle a vécu avant de tomber enceinte. Plus encore, elle s'est questionnée quant à un possible lien avec la position de l'enfant qu'elle porte : « Qu'est-ce qui m'appartenait s'il y avait quelque chose qu'il était resté en siège, là. » Son histoire familiale la perturbe également : « Ben en fait ça vient vraiment des craintes familiales [...] Ben en fait c'est parce que, c'est vraiment de, de mère en fille, on a la difficulté à accoucher [...] de pas passer, d'être pas capable de passer dans le passage [...] ». Sarah précise que plusieurs femmes dans sa famille, du côté maternel, ont connu des complications lors de leur

accouchement. Elle songe, par exemple, à la grand-mère qui a souffert de problèmes cardiaques lors de son accouchement, à une cousine qui est décédée la veille de son accouchement, à sa mère qui a mis au monde trois enfants par césarienne. D'ailleurs, Sarah établit spontanément un lien entre l'agression sexuelle vécue par sa mère et les complications survenues lors de ses accouchements. Elle va jusqu'à se demander si le fait d'avoir « un bassin étroit » à l'accouchement pourrait être lié avec l'ASE. Elle ajoute que la grossesse et l'accouchement sont considérés comme des sujets tabous dans son histoire familiale. « C'est comme si tout était tabou, l'accouchement, la grossesse et tout ça. Fait que c'est comme il y a quelque chose de plus sombre par rapport à la grossesse, maternité, je te dirais même à la limite infâme [...] ».

Sarah pense que malgré son histoire d'ASE et son bagage familial, elle a réussi à surmonter les difficultés, bien que l'accouchement ne se soit pas déroulé exactement comme elle le souhaitait. Elle précise aussi que son ASE n'a pas eu d'impact direct sur son expérience de la grossesse et de l'accouchement : « Malgré mon histoire d'agression, mais le bagage familial en lien avec les accouchements je pense que, c'est ça que j'ai quand même réussi [...] J'ai vraiment une impression que j'ai réussi à le vivre autant naturellement que médical [...] ».

À la naissance de son fils, Sarah dit être tombée en amour avec lui. Sa crainte concernant l'impact de l'ASE sur sa relation avec son garçon n'existait plus. Elle a

réalisé qu'il n'y avait pas de lien entre le sexe de son enfant et la nature de sa relation avec lui : « Ça me permet de valider que, c'est comme deux choses distinctes pis, que, je dis distinctes, dans le fond que mon agression n'a pas d'impact sur comment je vis ma grossesse ni d'accouchement! »

Conclusion

Pour Sarah, les professionnels présents lors de son accouchement ont été très importants. Pour elle, le recours à une sage-femme offrait une approche « plus humaine » dans le processus de l'enfantement, et ce, contrairement à celle de l'équipe médicale, qu'elle juge plus froide.

Encore une fois, nous tenons à le souligner, l'agression sexuelle qu'elle a subie affecte sa perception de son rôle de mère lors de sa grossesse. Elle compte sensibiliser ses enfants par rapport à cette question dans l'espoir qu'ils ne vivent pas la même chose qu'elle. Notons également que l'idée de donner naissance à un garçon suscite son appréhension, car la relation avec son enfant pourrait être différente, pense-t-elle. Finalement, elle avait la crainte que l'accouchement puisse réveiller des souvenirs de son agression.

Au moment de l'accouchement, Sarah discute des conditions dans lesquelles il doit se dérouler avec l'équipe médicale. Elle démontre beaucoup d'opposition à leur

encontre. Selon elle, l'ASE n'a pas d'impact direct sur son accouchement. Cependant, la peur qu'elle a entretenue durant sa grossesse par rapport aux souvenirs de son ASE l'amène à se confier à la sage-femme à propos de son agression. D'ailleurs, elle entretient encore un questionnement à savoir si son ASE, tout comme son histoire familiale, ne comporte pas de lien avec les complications survenues lors de son accouchement. Voyant son enfant, elle est très heureuse, indépendamment de son sexe, elle réalise qu'il n'est pas l'agresseur et elle s'attache à lui naturellement.

Troisième cas : Alice

Alice est âgée de 39 ans et elle habite avec son conjoint. Elle occupe un emploi dans le domaine de l'intervention. Selon ses dires, Alice a un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention, un stress post-traumatique et un trouble de la personnalité limite. La participante est suivie en psychologie depuis environ six ans afin d'aborder les éléments liés à son trouble de stress post-traumatique, à son trouble de personnalité et à certains aspects psychologiques qui en dérivent : son manque de confiance en elle, son irritabilité et ses difficultés à gérer ses émotions. Elle rapporte avoir vécu des agressions sexuelles pendant plusieurs périodes de son enfance et de son adolescence. Elle ne se souvient pas de l'âge exact auquel les agressions ont commencé. Elle pense que cela est arrivé en très bas âge. Son père est responsable des premières agressions, qui se situent entre sa naissance et ses six ans. Son beau-père l'a agressée entre 9 et 16 ans.

Finalement, un ami de la famille l'a également fait pendant un an. Alice avait alors 10 ans.

Alice est primipare à 37 semaines de gestation au moment de la première entrevue. Elle a été recrutée sur une page Facebook. Puisqu'elle en était à son troisième trimestre, nous n'avons pas eu assez de temps pour réaliser trois entrevues comme prévu, mais seulement deux. L'une d'elles s'est déroulée lors du troisième trimestre de sa grossesse et l'autre a été réalisée deux mois après l'accouchement. À sa demande, les deux rencontres ont eu lieu à sa résidence, dans une chambre fermée où personne d'autre que la doctorante et la participante n'était présent. Alice a également rempli un journal de bord, qu'elle a remis à la deuxième entrevue.

La participante a très bien collaboré lors des rencontres. Le fait qu'Alice suive une psychothérapie a eu un impact sur le déroulement des entrevues et a rendu les discussions plus fluides. Alice était en mesure de faire facilement des liens entre son expérience actuelle de grossesse et d'accouchement et son vécu d'ASE. Cependant, puisque la doctorante est psychothérapeute, Alice avait tendance à parler de ses autres expériences de vie. Elle semblait avoir grand besoin de partager son vécu personnel, ce qui nous obligeait constamment à ramener la conversation au sujet de l'étude.

Lors de la première entrevue, Alice nous rapporte avoir fréquemment des souvenirs de l'ASE et de manière envahissante. Toutefois, le fait d'en discuter avec son psychologue la soulageait. À la fin de la première rencontre, nous avons vérifié l'état psychologique d'Alice, nous lui avons rappelé qu'elle pouvait cesser de participer à l'étude à tout moment. Nous lui avons également suggéré de nous contacter ou de prendre un rendez-vous avec son psychologue au besoin. Quelques jours après la rencontre, nous avons échangé avec Alice pour vérifier son état psychologique. Elle nous a assuré bien se porter.

Expérience de la grossesse

Alice vit le début de sa grossesse comme un événement à la fois heureux et préoccupant. Avant sa grossesse actuelle, Alice a vécu plusieurs grossesses qui se sont toutes terminées par une fausse couche ou un avortement. Son expérience actuelle, contrairement aux précédentes, se vit positivement et elle la décrit comme une grossesse désirée et attendue depuis longtemps. Elle considère cette période comme étant idéale, se sentant stable sur les plans financier et psychologique. Elle est très contente d'annoncer la nouvelle de sa grossesse à son conjoint, qui s'en réjouit. Alice est très contente que cette grossesse soit différente des autres et que son conjoint partage le même désir qu'elle : « c'est un projet de couple, c'est autre chose. »

Par contre, la grossesse est également vécue comme une période difficile sur les plans physique et psychologique. Alice dit avoir développé une hypersensibilité à la douleur lorsqu'elle est touchée au niveau vaginal. Cette douleur, elle la décrit comme étant très intense et nécessitant une intervention de la part du conjoint. En effet, ce dernier doit lui faire des massages du périnée. Dès son premier trimestre, Alice a peur d'être dépossédée de son bébé. Les malaises physiques ressentis, notamment les nausées, ravivent des souvenirs de ses expériences antérieures de grossesse (fausses couches, avortements) : « là ça été la peur qui m'a pogné [...] peur de le perdre [...] Pis là ça été, oui mais, je ne suis pas capable d'avoir un enfant moi. »

D'ailleurs, elle rapporte éprouver un sentiment d'incompétence que la grossesse semble amplifier. Alice semble douter constamment de ses capacités d'être une bonne mère. Elle exprime ressentir beaucoup de culpabilité tout au long de sa grossesse et pour plusieurs raisons. Au début, Alice doit prendre un médicament en raison de problèmes de santé (nausées, fatigue, anémie, diabète de grossesse et problèmes liés à la glande thyroïde). Alice rapporte se sentir coupable en pensant que ce médicament peut être dangereux pour son bébé. Cette culpabilité se manifeste également lorsqu'elle ressent de « mauvaises » émotions comme de l'anxiété, de la tristesse, de la peur et du stress, ou lorsqu'elle manque de sommeil. Alice a peur de transmettre à son bébé ces émotions qui ne sont pas saines pour lui. Selon elle, son bébé peut devenir anxieux puisqu'elle ne sait

pas comment gérer ses émotions. Elle pense être une mauvaise mère pouvant nuire à son bébé et lui faire du mal même avant sa naissance :

Là je suis plus anxieuse, pis comme j'ai pas toute fait, je me dis, là le bébé il doit le ressentir que je suis nerveuse, il doit le ressentir quand je pleure, il doit le ressentir déjà [...] j'y fais du mal [...] ça c'est pas sain pour mon bébé parce que ça c'est des mauvais pleurs.

De plus, Alice se blâme également de ne pas être positive lors de sa grossesse et de ne pas pouvoir la vivre comme une période positive. Selon elle, cette période est supposée être la plus belle de sa vie. Elle semble avoir une image idéale de la femme enceinte, qui s'occupe d'elle en méditant, en étant « zen » et en pratiquant des loisirs. Toutefois, elle constate que sa réalité est tout à fait différente. Elle exprime des difficultés émotionnelles qu'elle attribue en partie aux hormones de la grossesse et à son état de santé mentale. Alice tente d'accepter sa réalité, qui, selon elle, est loin de la normalité.

Bien qu'Alice soit contente de sa grossesse, depuis le premier trimestre, elle semble ressentir la peur constante de nuire à son bébé en raison de ses troubles de santé mentale. La participante s'inquiète et craint de ne pas être à la hauteur ni de pouvoir transmettre de bonnes valeurs à son enfant. Elle croit qu'elle risque d'influencer négativement le développement psychologique de son enfant en lui transmettant ses problèmes de santé mentale (TDAH, trouble de personnalité limite, anxiété, stress post-traumatique, etc.), son instabilité et son manque de confiance en elle : « je vais l'abimer

[...] Je vais totalement le rendre dingue [...] Là tout de suite, moi, sentiment d'incompétence, là je pogne les nerfs, là je pars à crier, là je me dis, faut pas que je fasse ça si j'ai un enfant [...] ».

Ces peurs l'amènent à penser qu'elle ne serait probablement pas capable d'avoir un enfant, au point même de douter de son désir d'enfanter. En apprenant qu'elle était enceinte, elle s'est questionnée. Était-elle capable de prendre soin d'un enfant? Elle s'est jugée trop centrée sur elle-même, peut-être même incapable de faire passer les besoins de son enfant avant les siens. Pourtant, avant d'être enceinte, elle s'imaginait pouvoir être une excellente mère. C'est d'ailleurs ce qui l'a amenée à travailler sur elle-même et à consulter un psychologue. Dans sa jeunesse, Alice était une danseuse nue. Elle consommait beaucoup d'alcool et de drogues (marijuana, cocaïne, ecstasy, speed, etc.). Environ deux ans avant d'être enceinte, elle avait pris la décision de ne plus consommer ces substances.

Alice ajoute que son désir de satisfaire immédiatement ses besoins semblait s'accroître avec la grossesse. Elle s'est décrite comme étant une femme impatiente qui doit obtenir tout ce qu'elle veut dans l'immédiat. Ce besoin a toujours été présent chez elle, mais il est devenu obsédant. Les changements corporels causés par la grossesse la préoccupent beaucoup. Elle dit de ne plus reconnaître son corps et avoir hâte de le récupérer pour pouvoir « s'habiller à son goût ». Elle a toutefois peur que la grossesse

marque son corps de façon permanente (perte de flexibilité, vergetures, surpoids et incapacité pulmonaire).

Influence de l'ASE sur son expérience de grossesse

Alice s'est rendu compte récemment de l'impact important des agressions sexuelles subies pendant l'enfance sur sa structure psychologique, ce qui complique sa grossesse et accroît son manque de confiance en elle et son impression d'être incompetente. Depuis le début de sa grossesse, elle doute de ses aptitudes parentales. Elle considère que son manque de confiance en elle est une des séquelles des ASE. Elle dit ne pas être capable d'utiliser son jugement pour prendre une décision. Elle va plutôt faire confiance au jugement de ses amis : « qu'est-ce que je va enseigner à mon enfant c'est d'être instable, de ne pas se fier à son jugement, de pas se documenter, de se fier à ce qu'on raconte. Peu importe ce qui est dit! » Elle ne se croit pas assez intelligente pour prendre une décision même lorsqu'elle sait que c'est pour le bien de son enfant. Elle vit de l'insécurité. Elle a peur de ne pas être capable de remplir les exigences de son futur rôle de mère. Elle a peur d'être jugée par les autres : sa façon de prendre l'enfant dans ses bras, de l'allaiter, de le nourrir, etc.

Le doute concernant ses compétences touche également son accouchement. Alice a peur de ne pas être à la hauteur de l'événement. Elle pense être volontairement négligente et ainsi de ne pas être suffisamment active et de prendre trop de poids. Elle se

remet en question, se sent coupable et incompétente, ce qui rendra à ses yeux son accouchement plus difficile. Étant donné que ce dernier approche, Alice souhaite se montrer plus active pour essayer de rehausser son sentiment d'être à la hauteur. Elle craint également le jugement des autres lors de son accouchement, parce qu'elle supporte très peu la douleur. Elle pense pouvoir crier beaucoup lors de son accouchement, ce qui pourrait amener les autres à la juger négativement et à la trouver « fatigante ».

Alice s'est fait une image positive de la naissance de son bébé. Elle imagine ce moment comme un instant très beau et émouvant. Elle est enthousiaste à l'idée de sentir la peau de son enfant contre la sienne. Or, lorsque son accompagnatrice lui explique qu'à la naissance de leur bébé, certaines femmes refusent de prendre leur bébé dans leurs bras, Alice commence à avoir peur que cela lui arrive. Elle anticipe le sentiment de culpabilité face à son futur bébé naissant. Elle doute, jusqu'à la dernière semaine de grossesse et elle pense qu'elle ne sera pas capable d'accoucher.

Vers le troisième trimestre, Alice réalise davantage l'impact sérieux des agressions sexuelles vécues à l'enfance sur sa vie actuelle et future :

Je me rends compte que les abus sexuels ont beaucoup d'impact sur là où je veux en venir sur ma grossesse, a beaucoup d'impact à ma structure psychologique, et sur ma structure émotionnelle. Toutes les insécurités, je suis tu correct, de tout le temps avoir besoin de validation, ce qui fait qu'au niveau de la grossesse c'est là que ça se complique.

C'est à cette période qu'Alice commence à avoir peur de répéter son vécu d'ASE en abusant sexuellement de son enfant, en prenant soin de lui au quotidien. Alice fait un lien entre sa peur d'agresser son enfant et l'abus que lui a fait subir son beau-père. Ce dernier l'agressait en lui donnant son bain. Elle appréhende donc beaucoup les contacts physiques avec son bébé lorsqu'elle aura à lui prodiguer les soins quotidiens : le changement de couche et le bain. Elle a peur que son enfant se sente abusé sexuellement par ces simples gestes d'une mère. Aussi, Alice compte se montrer prudente lorsque viendra le temps de lui taper les fesses ou de le prendre dans ses bras. Elle a déjà un sentiment de malaise lorsqu'elle doit changer la couche d'un enfant dans son milieu de travail ou celle de l'enfant d'une amie. Elle associe ce malaise aux attouchements sexuels de son beau-père. Elle a peur d'être elle-même un agresseur :

Voilà peut-être un mois je me suis mis à avoir peur d'abuser de mon enfant. Parce que quand j'avais neuf ans je gardais un enfant pis je l'ai touché à son pénis [...] pour voir comment ça réagit [...] Pis toute ma vie j'ai pensé à ce petit moment là que, pis jamais j'en parlais à personne. Tsé moi là, un enfant abusé qui a abusé d'un bébé!

Le troisième trimestre semble être une période très émotive pour Alice. Des moments traumatisants de son enfance en lien avec les ASE sont fortement ravivés par quelques événements de la vie quotidienne (p. ex. intimité avec son conjoint, rencontre d'un homme à l'épicerie qu'elle imagine être son agresseur et rumine qu'il la suit chez elle, etc.). Les souvenirs sont devenus de plus en plus fréquents et se manifestent dans divers contextes. Alice rapporte ne plus être capable d'avoir une vie sexuelle normale.

Lorsque son conjoint la touche d'une certaine façon, elle associe ces contacts intimes à un souvenir de son histoire d'ASE. Cela déclenche des souvenirs des attouchements sexuels de ses agresseurs :

Un petit peu plus que quatre semaines là, mettons là dans les derniers deux mois, là, j'ai commencé à avoir de vraiment gros souvenirs sévères, là. Où est-ce que j'arrive pus à faire l'amour [...] c'était malade qu'est-ce qui se passait dans ma tête ce qui se passait et pire dans ma grossesse!

Alice nous raconte que pendant cette période de sa grossesse, elle voit un homme qui lui paraît ressembler physiquement à un de ses agresseurs et elle réagit avec beaucoup de vigilance. Elle commence à avoir peur que l'agresseur soit près d'elle et l'abuse encore. Elle ressent également de la colère lorsqu'elle pense aux séquelles causées par l'ASE, notamment le sentiment d'incompétence en lien avec son futur rôle maternel et son manque de confiance en elle. Ces événements ont déclenché des souvenirs intenses qui nuisent à son sommeil et la mettent dans un état de détresse important. Elle s'inquiète de l'impact de son état de santé mentale sur son futur rôle de mère et surtout sur son rôle de modèle auprès de l'enfant. Elle s'inquiète de lui transmettre l'instabilité et le manque de confiance en lui-même.

Pour plusieurs raisons, la fin de sa grossesse est vécue négativement : la fatigue physique, voire l'épuisement, l'image de son corps et son état psychologique. Elle a hâte d'accoucher. Elle ne se trouve plus belle comme au début de sa grossesse et ne reconnaît plus son corps. La sexualité est absente de sa vie vers la fin de la grossesse. Alice ressent

beaucoup de douleurs, ce qui l'empêche de bien dormir. Elle devient hypersensible lors des examens gynécologiques. Elle ne tolère plus les contacts au niveau vaginal. Alice associe cette intolérance à la douleur de ses souvenirs des ASE qui sont devenus fréquents lors de la grossesse. Elle se soucie également de son apparence physique et de ce que les autres peuvent en penser, notamment de sa prise de poids. Alice ajoute que ses problèmes psychologiques s'amplifient lors de sa grossesse et surtout vers le dernier trimestre. Elle a l'impression d'avoir régressé sur le plan affectif pendant sa grossesse.

Expérience de l'accouchement

L'accouchement est vécu comme étant une expérience à la fois difficile, douloureuse, mais également positive pour Alice. Elle est alors accompagnée de son conjoint et d'une accompagnatrice à la naissance. Avec son consentement, une photographe est également présente. Le film résultant des images captées doit éventuellement servir à des fins de formation pour son accompagnante.

Le travail de l'accouchement débute à la maison, il est long, 23 heures, et douloureux. Alice le décrit comme étant souffrant et violent. Elle est surprise que son corps puisse supporter une douleur pareille. Alice considère l'accouchement comme étant la souffrance la plus intense qu'un corps puisse supporter. Au début, elle décide de ne pas avoir recours à l'épidurale pour vivre son accouchement de façon totalement naturelle. Aussitôt que les contractions s'intensifient et deviennent plus fréquentes, Alice

change d'idée et demande l'épidurale, ce qui améliore beaucoup la situation. L'accouchement se déroule bien par la suite, avec moins de douleur. Le fait d'être accompagnée l'aide à passer à travers les moments douloureux et difficiles. Alice considère que l'équipe médicale est magnifique. Son médecin est rassurant et lui explique sa démarche, lui demande son opinion en ne lui imposant rien. Son accompagnante est à l'écoute de ses besoins. Quant à son conjoint, Alice le décrit comme étant « numéro un ».

Lors de son accouchement, Alice se soucie beaucoup de son image auprès des autres. Bien qu'elle réussisse à oublier la photographe qui filme, elle se préoccupe beaucoup de son image corporelle (surpoids, bras, etc.) et de l'image d'une belle femme « sexy » devant son conjoint. Cependant, elle se sent plus à l'aise devant son accompagnatrice parce que cela fait partie de son travail. Elle n'aime toutefois pas être vue nue par des personnes moins familières, comme les infirmières et le médecin : « tsé moi je voulais pas être nue devant le monde ça me tentait pas [...] j'avais tout de même un souci que j'ai l'air grosse [...] ».

Alice se soucie également de l'image qu'elle projette en lien avec ses réactions à la douleur. Avant l'accouchement, la question la préoccupe déjà. Elle se demande ce que vont penser les autres si elle crie. Elle se questionne aussi par rapport à l'intensité de ces cris. Sont-ils assez forts? Pas assez forts? Trop forts peut-être? Elle pense à une façon de

diminuer ce souci en tenant un discours interne, pour se rassurer. L'accompagnante l'aide en lui parlant, en relativisant l'importance du jugement des autres par rapport à cette question.

Influence de l'ASE sur son expérience d'accouchement

Lorsqu'interrogée, Alice a un peu de difficulté à considérer comment son histoire d'ASE peut avoir un impact sur son expérience d'accouchement. Toutefois, lors de la dernière rencontre, elle dit ressentir l'examen gynécologique lors de son travail d'accouchement comme une intrusion : « J'aime pas qu'on me touche à cet endroit-là [...] je trouve ça très intime [...] ». Plusieurs personnes la touchent à quelques reprises pour vérifier l'état du col : « ben que ce soit médecin ou infirmière [...] je trouve qu'il y en a plusieurs [...] Ça commence à faire beaucoup de monde qui vont jouer là [...] ». Alice aurait préféré avoir une seule personne qui la touche, bien qu'elle sache que cela n'est pas possible. Généralement, elle n'aime pas se faire toucher au niveau vaginal et elle fait un lien entre ce malaise et son vécu d'ASE. Toutefois, Alice exprime son étonnement d'avoir un tel malaise. Elle a eu plusieurs amants en étant plus jeune, et ce, sans avoir aucune difficulté à se faire toucher. Toutefois, elle ajoute que dans ses anciennes relations avec les hommes, elle a toujours été sous l'effet de l'alcool et la drogue. C'est comme si elle n'avait jamais été consciente pendant qu'elle était avec eux, ce qui diminue, selon elle, l'impact de ces contacts intimes à cette époque.

L'accouchement déclenche des souvenirs de ses ASE. Toutefois, Alice résiste à ces pensées pour bien vivre son accouchement. Pendant le travail, elle pense que son beau-père, ayant été une personne importante dans sa vie, aurait été fier d'elle. C'est à ce moment-là que des souvenirs de son vécu d'ASE sont déclenchés. Alice tente alors de ne pas y penser en se disant : « ce n'est pas le moment, va pas là. » La douleur intense lors du travail l'aide finalement à ne pas penser aux ASE. Elle se concentre sur cette douleur.

Bien qu'il soit douloureux, son accouchement est également perçu comme un moment spécial. Elle décrit l'arrivée de sa petite fille comme un beau moment heureux. Prendre sa fille dans ses mains et coller son bébé sur sa peau sont des moments magnifiques pour Alice : « pis là, écoute ben, c'est tellement magnifique, ça même pas d'allure, là [...] Pis c'était tellement un beau moment [...] le cordon elle l'a fait toucher [...] ». Elle est contente de voir le lien qui se crée rapidement entre le père et sa fille, ce qui lui fait penser que son conjoint sera un bon père : « De voir tout de suite le contact qui se crée. De voir tout de suite ses yeux, là. Tout de suite de se dire bon ça va être un bon père, là [...] ». Puisque toutes les deux sont informées de ses ASE, la présence de son accompagnante et de son amie la touche énormément : « je le sais qu'elle le sait, ça devient encore plus touchant, plus signifiant. » Pour Alice, l'accouchement représente la fin d'une chose et le début d'une autre : « c'était vraiment un accomplissement de toutes les bouts durs que j'ai passés dans ma vie pis toute la merde que j'ai pelletée [...] y'a un nouveau cycle qui commence pis là j'peux aller vers d'autre chose [...] ».

Conclusion

Le cas d'Alice est particulier. L'impact de son agression sur sa grossesse et son accouchement est important. Lors de sa grossesse, elle vit plusieurs peurs, notamment celle d'être dépossédée de son enfant et celle de devenir une mauvaise mère. Elle ressent beaucoup de culpabilité à l'égard de ce dernier point. Un rien lui donne l'impression qu'elle nuit à son enfant. De son propre aveu, les ASE subies teintent sa grossesse. Elle se sent incompétente, appréhende son rôle de mère et la façon dont va se dérouler l'accouchement. Elle ne se sent pas à la hauteur. Elle exprime d'ailleurs ouvertement sa crainte d'agresser sexuellement son propre enfant en s'adonnant à des gestes paraissant normaux pour n'importe quelle mère. Comme mentionné précédemment, l'idée de changer la couche du nouveau-né éveille chez elle un malaise. Reste que tout n'est pas noir à ses yeux. Pour Alice, l'accouchement représente un véritable accomplissement.

Malgré tout, elle accouche sans problème. Pour elle, l'équipe médicale est très rassurante, « magnifique » dit-elle, ce qui l'aide à surmonter les douleurs qu'elle ressent. À noter, son apparence lors de l'accouchement lui cause beaucoup de soucis. Elle se préoccupe énormément de ce que les autres peuvent percevoir, de l'image de son propre corps.

Finalement, et indépendamment de son inquiétude par rapport à son apparence, Alice souligne un impact majeur de son ASE lors de son accouchement. Elle se

concentre, se parle, résiste pour que les souvenirs de son ASE ne refassent pas surface. Les gestes du personnel soignant, le fait qu'on la touche dans son intimité la dérangent, lui semblent intrusifs. D'ailleurs, elle établit un lien entre sa sensibilité accrue qui entraîne de la douleur lorsque touchée au vagin et les souvenirs de son agression.

Analyse comparative des trois cas : similitudes et différences

Cette section vise à établir une comparaison approfondie du vécu des trois participantes en mettant en évidence les similitudes et les différences relatives aux caractéristiques générales de chacune et, surtout, à leurs expériences de grossesse et d'accouchement.

Le tableau 2 résume les informations sociodémographiques liées aux ASE pour les trois participantes. Ces dernières sont âgées entre la fin de la vingtaine et la fin de la trentaine. Leur niveau de scolarité varie entre le niveau collégial et le niveau doctoral. Elles travaillent dans le domaine de la relation d'aide. Elles ont été agressées sexuellement pour la première fois avant l'âge de huit ans. Les agresseurs sont majoritairement des membres de la famille. Dans le cas d'Éliane et Sarah, leur agresseur est leur frère qui est mineur au moment de l'agression. Pour une comme pour l'autre, les agressions se sont déroulées pendant un an. En revanche, le cas d'Alice est particulier. Elle a été agressée durant plusieurs années durant son enfance et son adolescence par plusieurs agresseurs, dont deux de la famille et un en dehors de la famille.

Tableau 2

Données sociodémographiques des trois participantes

Caractéristiques	Éliane	Sarah	Alice
Âge	28 ans	32 ans	39 ans
Niveau de scolarité	Universitaire	Universitaire	Collégial
Occupation	Travail à temps plein, études à temps partiel	Études à temps plein	Travail à temps plein
Âge lors de l'agression/durée	6-7 ans (pendant un an)	5 ans (pendant un an)	Plusieurs périodes entre la naissance et six ans, à 10 ans et entre 9 et 16 ans
Identité de l'agresseur	Frère âgé de 12 ans	Frère âgé de 11-12 ans	Beau-père, père et un voisin (adulte)

Expérience de la grossesse

Le tableau 3 est une synthèse de l'expérience des participantes durant la grossesse. Il est possible de constater que la description de leur expérience est structurée en fonction de six grands thèmes : 1) grossesse prévue ou non; 2) évaluation globale de la grossesse; 3) importance du couple; 4) gestion des émotions; 5) protection du bébé; et 6) interaction avec le personnel médical.

Tableau 3

Comparaison de la période de la grossesse chez les trois participantes

Thèmes	Éliane	Sarah	Alice
Grossesse prévue ou non	Bébé surprise.	Grossesse attendue depuis longtemps.	Grossesse attendue depuis longtemps.
Évaluation globale de l'événement	Vit positivement certains aspects de la grossesse. Stress lié aux finances, à la préparation des aspects matériels, à la possibilité de complications médicales.	Vit très bien la grossesse, mais malaises physiques. Stress lié au déménagement et aux mauvaises nouvelles en lien avec la santé de ses parents, à l'intrusion de la belle-famille, au lien avec sa sœur.	Événement heureux et préoccupant. Souvenirs intenses d'ASE. Préoccupations liées à ses compétences comme future mère.
Importance du couple	Fait des efforts pour impliquer le conjoint dans la grossesse et l'accouchement.	Mentionne peu l'implication du conjoint, mais Conjoint/père protège le futur enfant de l'intrusion de la belle-famille.	Bébé est un projet de couple.
Gestion des émotions	Labilité émotionnelle.	Labilité émotionnelle. Se crée une bulle psychologique protectrice.	Sentiments d'incompétence, d'insécurité, de peur et de culpabilité liés à son futur rôle de mère.
Protection du bébé	Peur d'être dépossédée du bébé, déclenchée par les histoires des autres femmes enceintes et des potentielles complications médicales.	Protège son bébé de l'envahissement de la belle-famille.	Peur d'être dépossédée du bébé, liée à des éléments psychologiques (son manque de confiance concernant ses aptitudes parentales) et physiques (malaises rappelant des fausses couches antérieures).
Interaction avec le personnel médical	À l'aise avec son gynécologue.	Préférence pour l'approche sage-femme (humaine, impliquée dans les décisions...) vs médicale.	---

On note que la grossesse n'a pas été planifiée chez toutes les participantes. En effet, pour Éliane, la grossesse n'a pas été planifiée, ce qui a créé des conflits mineurs dans le couple, qui se sont résorbés rapidement au cours de la grossesse. Toutefois, pour les deux autres participantes, la grossesse est attendue depuis très longtemps. Sarah a essayé de tomber enceinte pendant deux ans, mais a finalement découvert qu'un blocage psychologique, soit de ne pas être enceinte avant sa sœur, l'empêchait de le devenir. Pour sa part, Alice souhaitait être enceinte depuis plusieurs années. Elle l'avait déjà été à plusieurs reprises, mais cela s'était toujours conclu par un avortement ou une fausse couche. Cette dernière était très heureuse de tomber enceinte avec la bonne personne cette fois.

Bien que les trois participantes mentionnent des aspects positifs quant à leur grossesse, elles expriment des préoccupations et diverses sources de stress lors de cette expérience. Ce sont principalement des considérations matérielles et financières qui inquiètent Éliane. Elle a également vécu du stress lié au travail et à la santé du bébé (prééclampsie, accouchement prématuré). Pour Sarah, les malaises physiques de la grossesse sont particulièrement préoccupants. Elle vit aussi d'autres éléments stressants en lien avec le déménagement et de mauvaises nouvelles concernant la santé de ses parents. En ce qui a trait à la troisième participante, ce sont les épisodes de *flashbacks* intenses de son ASE qui lui causent du stress important pendant sa grossesse.

Les participantes accordent une certaine importance au soutien des conjoints. L'implication du conjoint d'Éliane semble avoir une grande importance pour elle dans sa période de grossesse. Au début, ce dernier est décrit comme n'étant pas très impliqué, voire détaché de l'expérience de sa conjointe, ce qui a dérangé Éliane et l'a amenée à faire des efforts pour engager son conjoint dans sa grossesse. Bien que Sarah n'ait pas beaucoup mentionné l'implication de son conjoint lors de sa grossesse, celui-ci a joué un rôle dans sa protection envers l'envahissement de sa belle-famille qui s'immisçait dans des choix à faire en lien avec l'enfant à naître (nom, garderie, etc.). Pour Alice, il est important de noter que c'est la première fois de sa vie qu'elle perçoit que sa grossesse est un projet de couple et que son conjoint l'épaule.

La gestion des émotions semble aussi être difficile pour les trois femmes. Elles rapportent expérimenter une grande labilité émotionnelle. Celle-ci est verbalisée de façon différente. En effet, Éliane et Sarah décrivent une forte labilité émotionnelle lors de la grossesse. Ces dernières peuvent pleurer sans raison précise, alors qu'Alice décrit une certaine irritabilité et un sentiment d'impatience. Elle note aussi son désir de satisfaire son besoin de manière immédiate, ce qui l'amène à douter de ses capacités de répondre aux besoins de son enfant.

La protection de l'enfant est également un thème qui se trouve dans les trois cas. On note une certaine peur d'être dépossédée de son bébé, mais qui se manifeste de trois

façons différentes. Éliane pense qu'elle peut perdre son enfant au début de sa grossesse, une peur qui se ravive à la fin de sa grossesse. Cette peur est déclenchée par des histoires qu'elle avait entendues dans le contexte de son travail sur la perte de bébé. À l'annonce de la grossesse, la belle-famille de Sarah exprime son désir d'avoir un petit-fils. Les beaux-parents s'immiscent dans la vie du couple en lien avec le futur bébé (garderie, jeux, etc.). Cet envahissement de la belle-famille déclenche un instinct de protection chez Sarah. Elle veut protéger son enfant sur le plan psychologique. Alice aussi avait peur d'être dépossédée de son bébé, et ce, sur deux plans. D'un côté, cette peur semble être déclenchée par les malaises physiques ressentis, notamment lors de son premier trimestre. Les malaises ont ravivé de mauvais souvenirs sur ses grossesses antérieures (fausses couches et avortement). Cette peur est également déclenchée par son manque de confiance en elle. Elle pense qu'elle n'est pas apte à avoir un enfant et elle s'imagine qu'elle peut l'abîmer à cause de ses difficultés psychologiques (TDAH, trouble de personnalité limite, faible estime de soi, etc.). Elle ne pense pas être capable de le protéger ni de lui enseigner les bonnes valeurs.

Bien que les trois participantes ne partagent pas le même point de vue par rapport au choix du personnel soignant – accompagnateur, sage-femme, équipe médicale – toutes trois y accordent une certaine importance lors de la grossesse. La deuxième préfère nettement le recours à une sage-femme. En ce qui concerne la troisième, l'accompagnante à la naissance joue un rôle très important. Ainsi, pour chacune d'elle,

les spécialistes qui les accompagnent sont d'un grand réconfort. Ce personnel soignant, qu'il appartienne au corps médical ou non, est rassurant, et les participantes leur confèrent une place centrale dans leur bien-être lors de la grossesse. Il s'agit pour elles d'une relation privilégiée.

Influence de l'ASE sur la grossesse. Le tableau 4 montre que toutes les participantes décrivent un impact de l'ASE sur leur expérience de la grossesse. Bien que leur perception de cet impact soit parfois liée à des éléments différents, elles peuvent cependant s'entendre sur certains aspects. Ces femmes expriment toutes un certain malaise présent ou éventuel qui semble teinter leur période de grossesse.

Une importance est accordée au sexe du bébé par Éliane et Sarah. Elles associent cette importance à leurs expériences d'agression sexuelle pendant l'enfance. Éliane exprime son désir d'accoucher d'un garçon, parce que selon elle, il sera protégé des agressions sexuelles. De même, Éliane plus jeune voulait adopter un enfant mâle pour pouvoir contrôler le sexe du bébé. Sarah exprime aussi une certaine appréhension par rapport au sexe du bébé pendant la période de grossesse. En effet, elle craignait que son histoire d'ASE puisse influencer sa relation avec son bébé garçon, une appréhension qui s'est résorbée après la naissance de son bébé. Toutefois, elle devait se parler pour se convaincre que son fils naissant n'était pas l'agresseur. Aucune importance n'a été mentionnée par Alice concernant le sexe du bébé.

Tableau 4

Comparaison des effets de l'ASE sur la grossesse chez les trois participantes

Thèmes	Éliane	Sarah	Alice
Importance du sexe du bébé dans le lien avec la mère	Désirer un bébé garçon pour le protéger d'ASE	Craindre que le sexe du bébé teinte sa relation avec lui	-----
Anticipation que l'ASE influence son rôle de mère	Devenir une mère protectrice pour protéger son enfant d'une potentielle ASE. Ne pas répéter le modèle de ses parents.	Devenir une mère qui éduquera ses enfants sur la sexualité et les ASE	Devenir une mère incompétente. Peur d'abuser sexuellement de son enfant.
Déclenchement des souvenirs liés à l'ASE	-----	Appréhender que l'ASE déclenche des souvenirs ASE à l'accouchement	Souvenirs intenses d'ASE déclenchés par la grossesse

À différents niveaux, toutes les participantes ont pensé pendant la période de la grossesse que leur histoire d'ASE pourrait influencer leur futur rôle de mère et leur relation avec leur enfant. Éliane pense devenir une mère qui surprotège ses enfants. Cette dernière surveillerait et éduquerait convenablement ses enfants quant à la sexualité et quant à la possibilité d'une agression sexuelle pour s'assurer qu'il ne leur arrive pas une chose semblable à ce qui lui est arrivé avec son frère. Alice, depuis le début de sa grossesse, ressent des sentiments d'incompétence concernant son futur rôle de mère. Elle a l'impression, quoi qu'elle fasse, de nuire à son bébé sur les plans physique et psychologique (si elle prend une médication par exemple, ou qu'elle ressent une émotion négative).

Nous notons une certaine différence entre les trois femmes quant aux souvenirs liés aux agressions sexuelles. Pour Éliane, la grossesse ne déclenche aucun souvenir d'ASE. Sarah, lors de sa grossesse, avait peur que des souvenirs de son ASE puissent être déclenchés au moment de l'accouchement. Les choses pour Alice semblent être plus difficiles au moment de sa grossesse. En effet, des souvenirs intenses l'envahissent pendant cette période. Ceux-ci envahissent son quotidien, nuisent à son sommeil et nuisent à sa relation intime avec son conjoint.

Conclusion. Lors de leurs expériences de grossesse, nous notons certaines similitudes chez les participantes. En effet, toutes les femmes ont peur d'être dépossédées du bébé, même si cette crainte commune peut prendre différentes formes. La première a peur que le bébé meure dans son ventre. La deuxième désire protéger son bébé de l'envahissement de la belle-famille, alors que la troisième a peur d'être dépossédée de son bébé parce qu'elle ne se croit pas apte à élever un enfant. Ces dernières notent également l'importance de l'accompagnement lors de leur grossesse. Le conjoint joue un rôle crucial pendant cette période pour toutes les participantes. De plus, l'équipe soignante joue un rôle déterminant. Éliane et Alice vivent une certaine réassurance par l'équipe médicale, alors que Sarah exprime une préférence pour les sages-femmes. Elle considère leur approche plus humaine que celle de l'équipe médicale.

Toutes les participantes décrivent un impact d'ASE sur leur expérience de grossesse. Trois thèmes importants ont été abordés par les participantes. Premièrement, celles-ci pensent que leur futur rôle de mère sera influencé par leur ASE. Deux pensent qu'elles agiront avec une protection particulière alors que la troisième pense devenir une mère incompétente. Deuxièmement, le sexe du bébé a une importance particulière pour les deux premières participantes. Pour une participante, un garçon peut être protégé d'une ASE, d'où son désir d'accoucher d'un garçon. Pour l'autre, un garçon peut avoir un impact négatif sur sa relation avec lui (identification avec l'agresseur), alors que pour la troisième, aucune importance n'est mentionnée concernant le sexe du bébé. Finalement, la grossesse semble raviver des souvenirs d'ASE intenses chez Alice. Quant à elle, Sarah anticipe que l'accouchement puisse déclencher un souvenir d'ASE. Pour Éliane, la grossesse ne réveille aucun souvenir d'ASE.

Expérience de l'accouchement

Le tableau 5 est une synthèse de l'expérience des participantes durant l'accouchement. Il est possible de constater que la description de leur expérience est structurée en fonction de six grands thèmes : 1) rôle des personnes soignantes à l'accouchement; 2) évaluation globale de l'événement; 3) application de son plan de naissance; 4) éléments familiaux; 5) perception de son image corporelle à l'accouchement; 6) complications lors de l'accouchement.

Tableau 5

Comparaison de la période d'accouchement chez les trois participantes

Thèmes	Éliane	Sarah	Alice
Rôle des personnes soignantes à l'accouchement	Rassurée par la gynécologue et l'équipe médicale	Sentiment de colère en lien avec l'absence de sa première sage-femme Déception face à l'approche de sa deuxième sage-femme Déception face à l'approche du corps médical, mais se sent comprise par la gynécologue	Gynécologue rassurante et l'équipe médicale est décrite comme magnifique, ce qui l'aide à surmonter la douleur de l'accouchement.
Évaluation globale de l'événement	Se sentir en forme et en contrôle de la situation lors de l'accouchement Stress lié aux complications lors de l'accouchement Émue à l'arrivée de bébé	Accouchement difficile et décrit comme « hybride » Besoin de vivre dans sa bulle d'accouchement pour se concentrer sur elle-même.	Accouchement souffrant vécu difficilement à cause des douleurs intenses et d'autres préoccupations (image du corps). Mais, l'accouchement est un moment spécial, et elle vit la naissance de sa fille comme un moment d'accomplissement.
Application de son plan de naissance	Être déçue de ne pas pouvoir appliquer son plan de naissance	Négocier les conditions pour appliquer son plan de naissance (présence de son conjoint, sage-femme et accompagnante...)	-----

Tableau 5

Comparaison de la période d'accouchement chez les trois participantes (suite)

Thèmes	Éliane	Sarah	Alice
Éléments familiaux	-----	Se faire comparer à sa sœur dans son expérience d'accouchement est dérangeant	-----
Perception de son image corporelle à l'accouchement	-----	-----	Se soucier de son image lors de l'accouchement devant son conjoint et les autres présents (surpoids, ne pas paraître sexy devant son conjoint...)
Complications lors de l'accouchement	Manque d'oxygène pour le bébé (anoxie) Épisiotomie d'urgence Épidurale	Bébé en siège Accouchement naturel difficile, se conclut par césarienne Accouchement long Épidurale	Douleurs intenses rendent l'accouchement difficile, se conclut par épidurale
Gestion de la douleur	Se prépare et met des efforts pour gérer la douleur de l'accouchement.	-----	Réagir intensément à la douleur de l'accouchement, le décrit comme insupportable et la souffrance la plus intense qu'un corps supporte

Les trois participantes accordent une importance à l'équipe soignante lors de l'accouchement, et cela prend différentes formes. Éliane, bien qu'elle soit méfiante au début de sa grossesse concernant l'hôpital où elle accouche, se fait rassurer par sa gynécologue. Dans le même ordre d'idées, Alice indique également avoir été rassurée par sa gynécologue lors de son accouchement. Alice se considère comme très bien accompagnée, ce qui allège selon elle la douleur intense lors de son accouchement. En revanche, Sarah a une opinion différente concernant l'équipe soignante. Elle semble vivre une certaine ambivalence. D'une part, elle se sent comprise par son gynécologue, qui a pris connaissance de son plan de naissance et le respecte. D'autre part, elle est déçue de l'approche médicale. Elle note une contradiction importante dans les consignes données par le corps médical et celles données par ses deux sages-femmes. Celles-ci semblent donner à Sarah une confiance et un certain contrôle lors de son accouchement. Sarah constate même une différence entre les deux sages-femmes en lien avec leurs attitudes. En effet, elle décrit une déception due à l'attitude distante de sa deuxième sage-femme. Par contre, sa première sage-femme adopte une attitude chaleureuse et humaine.

Chacune des participantes a évalué son accouchement à sa façon. Éliane se sent en contrôle de la situation et très en forme à la suite de l'accouchement. Elle exprime aussi ses émotions à l'arrivée de son bébé. Sarah exprime son désir de vivre dans sa « bulle d'accouchement » sans laisser la place aux distractions autour d'elle. Il en va de même pour Alice, qui a dû se concentrer tout au long de son accouchement sur le moment

présent pour s'empêcher de s'abandonner aux souvenirs traumatiques liés à son ASE. De plus, la naissance de sa fille est vécue comme un événement particulièrement positif et comme un accomplissement.

Les trois femmes ont vécu des complications lors de leurs accouchements. Le bébé d'Éliane semblait être en danger. Il a souffert d'un manque d'oxygène et d'une baisse de son rythme cardiaque. L'accouchement de Sarah est très long. Son travail d'accouchement commence de façon naturelle à la maison et se conclut par césarienne à l'hôpital. Ce transfert est fait à cause des complications dues à la position de bébé en siège. L'accouchement d'Alice est très douloureux. Elle décrit cette douleur comme insupportable, ce qui rend son accouchement très difficile.

Deux participantes accordent une importance à l'application de leur plan de naissance. Éliane désirait un accouchement naturel et a été déçue que son plan de naissance n'ait pas été appliqué. Pour Sarah également, le plan de naissance est important et a été respecté par son gynécologue. Elle a pu vivre un accouchement naturel le plus longtemps possible et impliquer son conjoint, etc. Alice n'a pas accordé d'importance particulière à un plan d'accouchement.

Des aspects familiaux sont importants dans le cas de Sarah. Comme pendant sa grossesse, sa sœur la compare à elle également concernant son accouchement, une

comparaison qui semble la déranger. Cependant, selon Sarah, la relation avec sa sœur s'est améliorée quand cette dernière a su que Sarah avait accouché par césarienne comme elle, ce qui semble l'avoir consolée.

Par ailleurs, Alice est la seule participante qui a vécu une préoccupation importante en lien avec son image corporelle pendant son accouchement. Elle exprime un certain malaise en lien avec son corps (surpoids) et son image d'une femme sexy devant son conjoint, un malaise qu'elle ne vit pas face à l'équipe médicale.

Influence de l'ASE sur l'accouchement. Le tableau 6 nous démontre l'impact de l'ASE sur l'expérience d'accouchement chez deux participantes. Bien que leur perception de cet impact soit parfois liée à des événements et à des perceptions différentes, elles se rejoignent sur certains aspects. Nous allons aborder les cinq aspects suivants : 1) accouchement qui déclenche ou non des souvenirs; 2) réaction au toucher du personnel soignant; 3) complication d'accouchement intergénérationnelle; 4) divulgation de son histoire d'ASE; 5) douleur et ASE.

Tableau 6

Comparaison de l'impact de l'ASE sur l'accouchement chez les trois participantes

Thèmes	Éliane	Sarah	Alice
Accouchement qui déclenche ou non des souvenirs	Accouchement ne déclenche pas des souvenirs d'ASE	Contente que l'ASE n'ait pas eu d'impact direct sur son accouchement; elle s'y est préparée	Résiste aux souvenirs de son ASE lors de son accouchement pour se concentrer sur l'expérience
Réaction au toucher du personnel soignant	----	Vit le toucher du personnel comme une intrusion à son intimité	Vivre le toucher lors de l'accouchement comme une intrusion à son intimité
Complication d'accouchement intergénérationnelle	----	Se questionne sur l'impact de l'histoire familiale d'ASE, de grossesse et d'accouchement sur ses propres difficultés d'accoucher naturellement et de « faire passer » le bébé	-----
Divulgaration de son histoire d'ASE	----	Divulguer son ASE à la sage-femme par crainte que son ASE teinte l'accouchement	----
Douleur et ASE	----		Associer la douleur lors de son accouchement et son ASE

L'accouchement ne déclenche pas des souvenirs chez toutes les participantes. En effet, seule Alice mentionne que son accouchement a déclenché des souvenirs de son

ASE. Elle a toutefois résisté à ces derniers et a voulu se concentrer sur les beaux moments de l'accouchement. Sarah confirme que son ASE n'a pas eu d'impact sur son accouchement. Il en va de même pour Éliane. Elle soutient n'avoir connu aucun retour de ces souvenirs pendant qu'elle mettait son enfant au monde. Les contacts physiques lors d'examens médicaux semblent avoir été un aspect sensible pour deux participantes. Sarah a vécu les contacts physiques du personnel médical comme des intrusions. Elle les perçoit comme trop brusques et manquant de délicatesse. Alice mentionne aussi qu'elle est dérangée par les contacts physiques auxquels doivent s'adonner les personnes soignantes dans le cadre de leurs interventions professionnelles. Alice perçoit les touchers comme des gestes intrusifs. Elle trouve qu'il y a trop de personnes qui touchent les parties intimes de son corps et aurait préféré qu'une seule personne fasse le suivi auprès d'elle. Alice accorde également de l'importance à sa nudité. Elle exprime le malaise d'être nue devant des gens qu'elle ne connaît pas. En revanche, les autres participantes ne se préoccupent pas de cet aspect lors de leur accouchement.

Sarah et Alice associent certaines difficultés vécues à leur accouchement à leur histoire d'ASE. Sarah se demande si l'histoire des complications de grossesse et d'accouchement dans la famille de sa mère n'a pas eu d'impact sur son propre accouchement. Autrement dit, elle se demande si cette histoire familiale a fait en sorte que son bébé ne soit pas né par voie naturelle. De plus, appréhendant un possible impact de son ASE sur son accouchement, elle a confié son histoire personnelle à sa sage-

femme, à titre préventif. De son côté, Alice se demande si la douleur intense lors de l'accouchement, de même que lorsqu'on la touche au niveau de la zone vaginale, n'est pas liée à son histoire d'ASE. Éliane, pour sa part, n'identifie aucun impact de son ASE sur son accouchement.

Conclusion. Les participantes réagissent à l'accouchement de différentes façons, mais on remarque certaines similitudes dans leur vécu. Des complications lors de l'accouchement sont notées par les trois femmes. Parmi elles, deux accouchent par césarienne, et la troisième ressent des douleurs si intenses qu'elle les décrit comme étant insupportables. Par ailleurs, pour les trois participantes, une grande importance est accordée à l'accompagnement, soit par un conjoint, soit par les personnes soignantes, malgré leurs divergences d'opinions à propos du corps médical (Alice et Éliane) ou de la sage-femme, dont l'approche est décrite comme « plus humaine » par Sarah.

L'impact d'une ASE sur l'expérience d'accouchement ne semble pas avoir la même ampleur pour toutes les participantes. Cinq thèmes principaux ont été soulignés par deux participantes : 1) la présence ou non des souvenirs; 2) la réaction aux touchers du personnel; 3) des complications d'accouchement intergénérationnelles; 4) la divulgation de son histoire d'ASE, et 5) la douleur liée à l'ASE. Pour Sarah comme pour Alice, les contacts physiques auxquels doivent se prêter les professionnels sont intrusifs. Cet aspect est vécu de façon plus intense par Alice. Lors de son accouchement, cette

dernière a résisté aux souvenirs de son ASE pour pouvoir vivre les beaux moments de son accouchement. Même si Sarah craint que son accouchement puisse déclencher des souvenirs d'ASE, rien de tel ne s'est produit. De plus, Sarah et Alice se demandent s'il y a un lien entre certaines complications de leur accouchement et leur histoire d'ASE : la douleur intense (Alice), la position du bébé en siège et l'accouchement par césarienne (Sarah). De son côté, Éliane nie complètement la présence d'un impact de son ASE sur son accouchement. Elle répète cependant que cette histoire aurait possiblement un impact sur son futur rôle de mère.

Discussion

Dans ce chapitre, les principaux résultats de notre étude sont présentés, en faisant ressortir les liens avec les résultats des études qualitatives et quantitatives antérieures portant sur le même sujet. Les résultats sont présentés en deux parties, soit l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, et ce, en fonction des objectifs de la présente étude : 1) décrire comment les survivantes d'une ASE vivent l'expérience de la grossesse et de l'accouchement, et 2) identifier comment l'ASE peut influencer l'expérience de la grossesse et de l'accouchement. Par la suite, une présentation des limites et des forces de l'étude est faite afin d'apporter une vision critique sur la démarche méthodologique de la recherche. Enfin, des recommandations pouvant améliorer la prise en charge des femmes victimes d'ASE lors de la grossesse et de l'accouchement sont également présentées.

Expérience de la grossesse

Comment les survivantes d'une ASE vivent-elles l'expérience de la grossesse?

La protection du bébé est un élément qui préoccupe les trois participantes lors de leur grossesse, et ce, de différentes façons : peur d'être dépossédée du bébé soit sur le plan physique (fausse couche), pour Éliane, ou psychologique, pour Sarah (envahissement par la belle-famille) et Alice (peur de nuire à l'enfant par manque d'habiletés parentales). Aucune des études qualitatives (généralement rétrospectives)

portant sur l'expérience de la grossesse chez les femmes ayant vécu une ASE n'aborde ce sujet. En revanche, quelques études quantitatives s'intéressent aux inquiétudes chez les femmes enceintes dans la population générale (c'est-à-dire pas uniquement auprès de femmes ayant vécu une ASE). Ces études rapportent que la peur de perdre le fœtus (possibilité de faire une fausse couche) ou d'avoir un impact sur la santé du bébé est une préoccupation très importante pendant la période de la grossesse (Carmona, Peñacoba-Puente, Marín, & Carretero, 2011; Gourounti, Lykeridou, Taskou, Kafetsios, & Sandall, 2012; Öhman, Grunewald, & Waldenstrom, 2003). Plusieurs facteurs semblent amplifier l'intensité de ces inquiétudes : lors d'une première grossesse, pendant le premier trimestre, une fausse couche antérieure, une grossesse non planifiée, des complications lors des grossesses antérieures, etc. (Carmona, Peñacoba-Puente, Marín, & Carretero, 2011; Gourounti, Lykeridou, Taskou, Kafetsios, & Sandall, 2012; Green, Kafetsios, Statham, & Snowdon, 2003). La plupart de ces éléments sont semblables à ce que l'on trouve chez Éliane (première grossesse, grossesse non planifiée) et Alice (fausses couches antérieures). Nos résultats rejoignent donc ceux des études faites auprès de la population générale, alors que nous ne retrouvons pas ces éléments dans les études rétrospectives portant sur l'expérience de grossesse chez les femmes ayant vécu une ASE. Il est possible que ces éléments ne soient pas abordés dans les études auprès des femmes ayant vécu une ASE en raison de la nature rétrospective des études, c'est-à-dire que les femmes peuvent avoir oublié ces éléments compte tenu des années passées depuis la grossesse.

Durant la grossesse, trois autres éléments ressortent des entrevues. Le premier concerne le fait que les trois participantes ont communiqué leur souhait quant à la planification de la grossesse. Une d'entre elles rapporte des inquiétudes liées au fait que la grossesse n'ait pas été planifiée et que cette surprise puisse avoir un impact négatif sur sa relation conjugale. Les deux autres participantes mentionnent leur désir de maternité, ce désir étant de plus partagé par le conjoint.

Le deuxième élément concerne le soutien de la part du conjoint lors de la grossesse, qui est rapporté comme un élément aidant, et ce, par les trois participantes. Éliane cherche activement le soutien de son conjoint lors de sa grossesse; Sarah, bien qu'elle le mentionne peu, considère ce soutien comme une protection pour elle et pour son bébé à naître et, finalement, Alice considère cette grossesse comme un projet de couple et décrit l'implication de son conjoint dans ce projet. Les résultats de certaines études auprès des femmes enceintes dans la population générale corroborent l'importance de ce type de soutien au cours de la grossesse. Par exemple, Kearns, Neuwelt, Hitchman et Lennan (1997) ont étudié le soutien social et la détresse émotionnelle avant et après l'accouchement auprès de 80 femmes enceintes d'environ 36 semaines ou ayant accouché depuis 10 semaines au moment de l'étude. L'étude montre qu'il y a effectivement plus d'anxiété avant la naissance qu'après. Elle suggère également que cette diminution du stress s'accompagne, dans la période postnatale, par l'accroissement du soutien du partenaire. À cela s'ajoute également l'incidence du

soutien apporté par l'entourage, dont l'importance affecte également l'état psychologique de la femme. Ainsi, partenaire et entourage jouent un rôle-clé dans la diminution de l'anxiété chez la femme après la naissance de l'enfant. D'ailleurs, cet aspect est également souligné par Røsand, Slinning, Eberhard-Gran, Røysamb et Tambs (2011) dans leur étude portant sur la relation satisfaisante avec le partenaire et la détresse émotionnelle chez les femmes au début de leur grossesse. Environ 51 000 femmes enceintes, à la 17^e semaine de gestation, ont été recrutées entre 1999 et 2008 dans tous les hôpitaux et des unités de maternité en Norvège. Un des objectifs de cette étude était d'identifier les facteurs de risque de la détresse émotionnelle lors de la grossesse et, plus particulièrement, de vérifier l'impact d'une relation satisfaisante avec le partenaire. Trente-sept facteurs ont été identifiés. La relation insatisfaisante avec le partenaire est l'indicateur le plus important pour prédire une détresse émotionnelle liée à la maternité. Également, Martini et al. (2015), dans leur étude longitudinale portant sur les facteurs de risques des troubles anxieux et dépressifs lors de la grossesse chez des femmes de la population générale, démontrent que le soutien du partenaire ou une relation satisfaisante avec ce dernier est l'un des indicateurs les plus importants pour l'anxiété et la dépression. En somme, le soutien reçu par les mères dans notre étude serait un facteur de protection important durant la grossesse.

Finalement, les trois participantes observent une labilité émotionnelle plus importante lors de la grossesse s'exprimant de différentes façons. Ainsi, elles peuvent

rapporter des épisodes de pleurs intenses sans motif les justifiant ou mentionner une certaine irritabilité et un sentiment accru d'impatience. Ces éléments n'ont pas été mentionnés dans les études portant sur la grossesse chez des femmes ayant une ASE. En revanche, des études s'intéressant à l'expérience de la grossesse des femmes dans la population générale montrent que la labilité émotionnelle pendant la grossesse est présente chez les femmes enceintes, ce qui rejoint les résultats de notre étude. Clark, Skouteris, Wertheim, Paxton et Milgrom (2009), dans leur étude traitant de la relation des femmes enceintes à leur corps et à leur humeur, démontrent que les participantes peuvent afficher une labilité émotionnelle et une dysphorie pendant la grossesse, alors que les auteurs rapportent une humeur stable après l'accouchement. Ainsi, lors de la grossesse, ces femmes observent un accroissement de leur sensibilité et une oscillation de l'humeur, elles sont plus émotives, pleurent plus que d'habitude et ressentent occasionnellement de l'anxiété. Les participantes de cette étude associent cette labilité et cette irritabilité lors de leur grossesse à un changement hormonal et à la fatigue, et non au changement de leur image corporelle. Une autre étude portant sur l'humeur positive, l'humeur négative et la labilité émotionnelle pendant la grossesse chez des femmes enceintes (primipares et multipares) durant la période prénatale et postnatale de la population générale, permet de constater que l'humeur lors de cette période se décrit mieux comme un état affectif mixte avec un niveau élevé tant sur le plan de l'humeur positive que négative (Wilkinson, 1999). En somme, les participantes de notre étude

rapportent une humeur généralement vécue par les femmes enceintes et qui ne semble pas liée spécifiquement aux ASE.

Éléments contextuels liés à l'ASE et influençant l'expérience de la grossesse

L'une des trois participantes rapporte la présence des souvenirs de son histoire d'ASE qui s'intensifie au fur et à mesure que la grossesse avance, et ce, jusqu'à la fin. La deuxième s'inquiète d'avoir des souvenirs lors de son accouchement alors que la troisième n'exprime pas de préoccupation de cet ordre.

Alice rapporte que ses souvenirs associatifs sont déclenchés principalement par le toucher aux moments des examens prénataux ou même lors des relations intimes avec son conjoint et que ces souvenirs s'accroissent durant la grossesse. Ce résultat est comparable à ce que présentent quelques études démontrant que la grossesse peut déclencher des souvenirs d'ASE (Lasiuk, 2007; Palmer, 2004; Rainelli et al., 2012). Plusieurs éléments semblent provoquer ces souvenirs traumatiques, dont le toucher au moment des examens prénataux, et ce, en raison de la similarité avec le toucher lors de l'ASE (Palmer, 2004).

Sarah a vécu la crainte de se rappeler son histoire d'ASE lors de son accouchement, et ce, malgré l'absence de ces souvenirs lors de la grossesse. Elle exprime cette crainte en association avec le travail qu'elle fait auprès de victimes d'ASE

et qui ont eu des souvenirs lors de leur accouchement. Sarah pense que cela peut lui arriver, d'autant plus que ses intervenantes le lui ont mentionné. Ce résultat, bien que n'ayant pas de correspondance directe dans les études recensées, représente un impact similaire puisque la préoccupation est exprimée durant la grossesse.

Un autre aspect qui ressort de nos résultats est la peur que l'expérience d'ASE ait des conséquences négatives sur les compétences parentales (les participantes remettent en question leurs compétences parentales ou elles ont peur d'être surprotectrices ou encore d'avoir des attitudes éducatives trop axées sur la prévention). Cette peur est présente chez les trois participantes. Alice craint que certains de ses gestes nuisent à son enfant. Elle exprime également une peur particulièrement importante en lien avec ses aptitudes parentales. Elle s'inquiète que son enfant interprète le toucher de sa mère comme étant des attouchements sexuels. Cette peur nous semble redéclenchée par la situation similaire vécue durant sa propre enfance (p. ex. lorsque son beau-père la touchait sexuellement en lui donnant son bain). Dans les études portant sur la grossesse des femmes ayant vécu une ASE, les inquiétudes anticipées liées à des soins corporels donnés à l'enfant sont un sujet très peu abordé.

Pour sa part, Éliane s'imagine devenir une mère surprotectrice en exerçant plus de surveillance sur ses enfants afin de leur éviter de vivre une ASE comme elle l'a vécue avec son frère. Dans le même ordre d'idées, Sarah aussi anticipe son futur rôle de mère.

Elle pense éduquer ses enfants en mettant l'accent sur une saine sexualité et les risques d'agression sexuelle afin de prévenir une possible ASE, voire de leur éviter de vivre la même chose qu'elle. Très peu d'études quantitatives portant sur la période de la grossesse chez des femmes ayant une histoire d'ASE abordent les préoccupations de ces dernières en lien avec leur rôle de mère. Une des études qualitatives recensées, notamment celle de Palmer (2004), a abordé brièvement le sujet. Selon cet auteur, les femmes ayant vécu une ASE doutent de leurs capacités de devenir de bonnes mères. Elles commencent dès la grossesse à évaluer leurs habiletés parentales tout en les comparant à celles de leurs propres parents. Elles veulent protéger leur enfant et notamment leur fille d'une potentielle ASE. La majorité des participantes à l'étude de Palmer ne veulent pas être comme leurs propres mères. C'est ainsi que les survivantes ont peur de devenir mères, étant donné qu'elles ne veulent pas répéter le modèle éducatif de leur propre parent.

La question du sexe de l'enfant à naître est un autre aspect abordé par deux des participantes relativement à leurs craintes que leur enfant soit éventuellement impliqué dans une situation d'agression sexuelle soit en tant qu'agresseur pour un garçon ou bien en tant que victime pour une fille. Pour Éliane, la naissance d'une fille augmente ses inquiétudes puisqu'elle craint qu'elle devienne à risque d'une agression sexuelle. Par ailleurs, Sarah craint d'avoir un garçon et que cela influence sa relation avec lui, pensant qu'il puisse être un agresseur potentiel. Des résultats similaires sont rapportés dans

l'étude de Rainelli et al. (2012) basée sur une analyse rétrospective des dossiers des patientes ayant consulté en période postpartum pour des difficultés psychologiques. Cette étude traite de la reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance, des agressions sexuelles vécues pendant l'enfance et démontre que la révélation du sexe de bébé peut apaiser l'angoisse d'une femme enceinte qui a subi une ASE. Si le bébé est un garçon, cela peut soulager certaines femmes parce qu'il sera protégé de l'ASE, mais d'autres ne supportent pas que le bébé soit un garçon et pensent que le sexe du bébé peut avoir un impact sur leur relation avec lui.

Malgré certains effets négatifs de l'ASE sur la période de la grossesse que nos participantes rapportent, la grossesse est décrite comme une période de stabilité et de développement, surtout pour Alice, et ce résultat rejoint ceux de Lee (2001). Selon ce dernier, la grossesse peut être un temps de développement chez les victimes d'ASE, car la maternité susciterait une force vitale qui renforcerait la femme et la lierait à elle-même et aux autres.

Expérience de l'accouchement

Comment les survivantes d'une ASE vivent-elles l'expérience de l'accouchement?

Trois éléments principaux semblent refléter l'expérience de l'accouchement chez nos participantes : une importante accrue du soutien de l'entourage (professionnels et

proches), une incidence de complication lors de l'accouchement et une accentuation de perception et de la gestion de la douleur.

Les trois participantes accordent une importance au rôle des professionnels et des proches lors de l'accouchement. Deux des participantes sont satisfaites de l'expérience alors que la troisième démontre une certaine ambivalence principalement face au corps médical. Alice vit une expérience très positive avec l'équipe médicale lors de son accouchement. Elle décrit sa gynécologue comme rassurante, compétente et respectueuse. De plus, elle perçoit globalement l'équipe, en incluant son conjoint, comme exceptionnelle. Éliane accorde également une grande importance à l'accompagnement et au soutien de son conjoint lors de son accouchement. Elle verbalise un sentiment de réassurance.

Sarah a une opinion différente concernant l'équipe soignante. Elle se montre ambivalente, se sentant à la fois comprise par son gynécologue et déçue par l'approche médicale. Elle note une contradiction importante dans les consignes données par l'équipe médicale et celles données par ses deux sages-femmes. Sarah verbalise une plus grande confiance liée à la présence de ces dernières qui lui ont permis davantage de contrôle sur son accouchement. Sarah exprime sa satisfaction quant à l'accompagnement par ces dernières.

Nos résultats sont corroborés par l'étude de Lasiuk (2007). On y démontre que les sentiments de sécurité et de soutien offerts par l'entourage (conjoint, familles et personnes soignantes) sont des éléments importants influençant positivement la perception des femmes de leurs expériences d'accouchement.

Un deuxième aspect qui se dégage de nos résultats concerne le fait que deux des participantes rapportent avoir expérimenté des complications lors de leur accouchement. Éliane a vécu très difficilement la détresse cardiaque et respiratoire présente chez son enfant. Cette situation a provoqué plusieurs interventions d'urgence (épisiotomie et mise en place d'un masque d'oxygène pour Éliane sans explication, procédure accélérée d'accouchement). En ce qui concerne l'accouchement de Sarah, ce qu'elle décrit comme complication principale est la présentation de l'enfant par le siège. Sarah ayant le projet d'accoucher naturellement, le délai de la délivrance a été grandement augmenté. Finalement, on a procédé à une césarienne. Cette dernière s'est demandé s'il y avait un lien entre son incapacité à accoucher naturellement et son histoire d'ASE. Des résultats comparables sont rapportés dans les études de Parratt (1994) et de Rhodes et Hutchinson (1994). Ces auteurs démontrent que l'accouchement peut déclencher des souvenirs d'ASE pouvant inhiber la progression de l'accouchement.

Enfin, soulignons que deux des participantes rapportent de grandes difficultés à gérer les douleurs lors de l'accouchement, alors que la troisième n'aborde aucunement le

sujet. Ainsi, Éliane s'est préparée à aborder la douleur de manière naturelle (par des lectures, l'apprentissage des procédures de contrôle de la douleur, etc.). Toutefois, elle constate son impuissance devant l'intensité des douleurs et demande à recevoir l'épidurale. La douleur d'Alice lors de l'accouchement est décrite comme étant insupportable, intense et rend l'expérience difficile pour elle. Elle essaie de gérer ses douleurs naturellement, mais se retrouve débordée par l'intensité des sensations, qu'elle décrit comme totalement insoutenables. Ce résultat corrobore avec ce qui est démontré dans les études de Clarke (1998) et Grant (1992). Selon ces auteurs, les survivantes d'ASE souffrent davantage de douleurs physiques pendant l'accouchement que les autres femmes.

Éléments contextuels liés à l'ASE et influençant l'expérience de l'accouchement

Chez une des participantes, l'accouchement déclenche des souvenirs d'ASE, une autre anticipait et craignait d'être confrontée à des souvenirs lors de l'accouchement et s'y est préparée alors que la troisième n'en a pas vécu. Lors de l'accouchement, Alice a été confrontée à des souvenirs de son ASE. Elle rapporte que la douleur pouvait les déclencher. Toutefois, dans son cas, les souvenirs n'ont pas pris une place importante. Alice y résistait en se disant : « va pas là [...] ce n'est pas le temps », ce qui a probablement empêché un impact majeur sur le déroulement de l'accouchement. Ce résultat corrobore ceux de la majorité des études portant sur l'accouchement des femmes ayant vécu une ASE. On y trouve également que l'accouchement peut déclencher des

souvenirs d'ASE. Rhodes et Hutchinson (1994) suggèrent dans leur étude que l'accouchement peut déclencher des souvenirs d'ASE et inhiber la progression de l'accouchement chez certaines survivantes. Burian (1995), Palmer (2004) et Parratt (1994) proposent également dans leurs études que l'accouchement peut déclencher des souvenirs liés à l'inceste. Ces auteurs associent les souvenirs d'ASE à des éléments physiques (p. ex. le toucher au niveau des organes sexuels ou aux seins, l'exposition du corps, des sensations comme une certaine odeur ou un bruit particulier, de la douleur, le sexe de la personne soignante, l'utilisation de forceps, etc.). Palmer les associe à des éléments psychologiques, dont la peur des femmes liée au fait que celles-ci se sentent obligées de penser immédiatement à la maternité.

Deux des participantes vivent le toucher comme étant intrusif, alors que la troisième ne le mentionne pas. Par contre, Sarah a trouvé que le toucher des intervenants manquait d'une certaine sensibilité humaine. Bien que ce toucher ne semble pas déclencher un souvenir d'ASE, elle était toutefois dérangée. C'est aussi le cas d'Alice, qui décrit un sentiment d'envahissement de son intimité, surtout lorsqu'elle est touchée par plusieurs personnes. Alice mentionne qu'elle aurait préféré être touchée par une seule personne. Le toucher est un thème principal dans l'étude de Coles et Jones (2009), qui montre que les participantes vivent l'expérience liée au toucher des professionnels de façon négative. Elles ressentent une impuissance lorsqu'on touche leurs corps et ceux de leurs bébés. Ces femmes rapportent une certaine retraumatisation lors de l'examen

vaginal. D'autres études parlent également du toucher comme un facteur déclenchant des souvenirs d'ASE (Palmer, 2004; Parratt, 1994).

Nos trois participantes accordent une importance au contrôle lors des procédures d'accouchement, et plus particulièrement Sarah, qui démontre une résistance remarquable au personnel médical. Ces femmes tentent possiblement d'avoir une certaine emprise sur ce qui se passe avec elles et notamment avec leurs corps lors de l'accouchement, et cette situation semble les ramener à un sentiment de vulnérabilité. Sarah et Alice expriment leur désir d'être actives et de pouvoir décider certaines choses lors de leur accouchement. En fait, elles préfèrent être accompagnées par des personnes soignantes qui ne font pas partie du corps médical (sages-femmes, accompagnante à la naissance, etc.). Les deux auraient préféré plus d'intimité lors de l'accouchement. Une importance est accordée au plan de naissance par Éliane et particulièrement par Sarah. La première décrit sa déception de ne pas pouvoir appliquer son plan de naissance, alors que la deuxième accorde une importance particulière à son plan de naissance et exprime sa satisfaction qu'il soit appliqué.

Le contrôle est aussi un élément très important pour les femmes dans toutes les études qualitatives mentionnées ci-haut (Burian, 1995; Coles & Jones 2009; Lasiuk, 2007; Lee, 2001; Palmer, 2004; Parratt, 1994; Rhodes & Hutchinson, 1994; Seng et al., 2009). Ce contrôle, comme l'expliquent plusieurs auteurs, peut être externe (en lien avec

ce que les autres font) ou interne (exercer un contrôle sur soi). Selon ces auteurs, l'impuissance vécue lors de l'ASE serait à l'origine de ce besoin de contrôle qui permettrait de surmonter cette impuissance et d'avoir un contrôle sur son corps lors de l'accouchement. « Prendre le contrôle » est une façon de mettre des limites et de s'autodéterminer, ce qui a été nié par les agresseurs. Les femmes semblent exercer plusieurs stratégies pour prendre ce contrôle, comme le mentionnent certains auteurs (par exemple, l'écriture d'un plan de naissance, la recherche d'intimité avec les personnes impliquées durant l'accouchement et l'évitement de certaines situations qui risquent de susciter une perte de contrôle comme le milieu hospitalier, etc.) (Garratt, 2008; Parratt, 1994; Rhodes & Hutchinson, 1994). Le contrôle est donc considéré comme une stratégie importante pour faire face aux procédures envahissantes de l'accouchement, et certaines femmes sont plus préoccupées par ce contrôle que par les procédures elles-mêmes.

Aucune de nos participantes n'a mentionné avoir vécu de la dissociation de façon directe. Toutefois, Sarah exprime son besoin de vivre dans sa bulle d'accouchement sans être dérangée par les personnes soignantes. En fait, elle semble vivre une sorte de dissociation du monde externe (sages-femmes, infirmières, etc.) tout en se concentrant sur elle-même, son corps et son bébé. Ce résultat est similaire à ce qui a été mentionné dans la majorité des études qualitatives recensées (Burian, 1995; Coles & Jones, 2009; Lasiuk, 2007; Lee, 2004; Palmer, 2004; Parratt, 1994; Rhodes & Hutchinson, 1994;

Seng et al., 2009). Celles-ci rapportent que les femmes ont expérimenté une forme de dissociation lors de leur accouchement. Cette dissociation est vue de différentes façons. Elle semble être utilisée par quelques participantes afin d'avoir un certain contrôle sur ce qui se passe avec elles. Pour d'autres femmes, la dissociation est utilisée comme un moyen de faire face ou même comme un comportement appris dès l'enfance pour fuir certaines situations qui rappellent l'ASE. Cette dissociation semble aider les femmes à affronter la douleur de l'accouchement. Selon Palmer (2004), la dissociation est considérée comme une stratégie d'adaptation parce que le fait de rester dans le présent ne semble pas aider ces femmes.

En revanche, l'accouchement est également vécu par nos trois participantes comme étant une expérience positive et plus particulièrement par Alice. Cette dernière vit la naissance de sa fille de façon positive, voire comme un accomplissement ou une sorte de renaissance. L'accouchement peut faire gagner à la femme un sens de l'accomplissement et de la réussite (Rhodes & Hutchinson, 1994). Lee (2001), dans son étude, démontre qu'effectivement, l'accouchement est un rite de passage positif pour la plupart des participantes. Plusieurs femmes vivent cette expérience comme une guérison. Ce thème est encore plus important dans l'étude de Lasiuk (2007). En effet, l'accouchement est vécu comme une régénération, un nouveau commencement et une restructuration pour les participantes.

Limites et forces de l'étude

La présente étude comporte certaines limites. Premièrement, sur le plan méthodologique, nous n'avons pu réaliser que deux entrevues avec deux des participantes alors qu'avec la troisième, les trois entrevues prévues ont été réalisées. Cette disparité s'explique d'une part par l'état physique d'une participante et d'autre part par la venue tardive au projet de l'autre participante. Cette différence quant au nombre d'entrevues effectuées peut impliquer une diminution de l'accès à certains contenus. Par contre, des données sont disponibles pour toutes les participantes pour la grossesse et l'accouchement. Deuxièmement, bien que l'homogénéité de l'échantillon puisse être considérée comme une force, elle limite la transférabilité des résultats. Par exemple, les trois participantes sont d'origine québécoise alors que d'autres groupes ethniques ne sont pas représentés. De plus, recruter un échantillon plus diversifié en explorant l'influence culturelle et démographique permettrait de faire avancer davantage le développement de la recherche en lien avec le sujet de l'étude.

L'étude comporte par ailleurs certaines forces. Ainsi, l'utilisation d'un devis de recherche qualitatif longitudinal a permis d'explorer de façon prospective l'expérience subjective de la grossesse et de l'accouchement de femmes ayant vécu une ASE. Nous avons donc eu accès à leurs perceptions, alors même qu'elles vivaient leur grossesse et tôt après l'accouchement. Cela s'avère une grande force de notre démarche puisque la

plupart des études sont rétrospectives. Nous n'avons donc pas été confrontées aux écueils quant à la fiabilité de l'information rapportée en temps différé.

De plus, le fait d'employer l'entretien individuel favorise l'expérience subjective et singulière des participantes. Cette modalité encourage un niveau élevé de dévoilement de ces dernières, dans un contexte où le thème abordé a un caractère personnel. La formation de la chercheuse (psychologue et psychothérapeute) favorise, entre autres, l'approche bienveillante et l'accès à une communication efficace du vécu des participantes.

D'autre part, sur le plan méthodologique, un atout important réside dans l'homogénéité de l'échantillon quant à l'âge des participantes, leur origine ethnique, leur niveau économique et le fait qu'elles soient toutes des primipares. Ainsi, l'échantillon est jugé valable dans la perspective d'une recherche exploratoire. De plus, l'utilisation d'un prétest visant à préévaluer la démarche de même que les relectures et révisions recommandées par les directeurs de recherche, qui n'ont pas participé à l'étude, ajoutent de la rigueur à la démarche, dans la mesure où cet exercice donne l'occasion de questionner la chercheuse et d'aborder des éléments qui auraient pu lui échapper. Finalement, l'utilisation d'un journal de bord comme autre source de collecte de données assure la triangulation et ajoute de la validité et de la fiabilité sur le plan méthodologique, et ce, bien que le journal n'ait été rempli que par deux participantes.

Recommandations cliniques

À la lumière de cette étude, nous pouvons dégager certaines recommandations pouvant s'appliquer d'une part aux femmes ayant une histoire d'ASE et, d'autre part, aux intervenants qui œuvrent auprès de cette clientèle.

Comme les femmes ayant une histoire d'ASE s'avèrent susceptibles de reviviscences traumatiques au cours de la grossesse et de l'accouchement, il serait important d'accorder d'abord une écoute bienveillante à l'expression des traumatismes et de mettre en place un soutien respectueux dans l'ensemble des démarches cliniques dans lesquelles elles sont impliquées. Certaines femmes sont traumatisées des rencontres de suivi avec leurs professionnels de santé qui ignorent leur vécu d'ASE. Ce vécu traumatique selon Coles et Jones (2009) a conduit vers le développement d'une liste de « précautions universelles ». Selon ces auteurs, si chaque femme est traitée avec dignité et respect, l'expérience de l'accouchement peut susciter chez elle un sentiment d'autonomisation (*empowerment*) à la place d'un sentiment d'être violée. Dans le même ordre d'idées, lorsque la femme se montre effrayée par l'examen pelvien, Holz (1994) propose que la patiente participe à l'examen en apprenant à contrôler la détente de ses muscles pelviens. De surcroît, elle suggère qu'il faut éviter d'utiliser certains termes comme « laissez-vous faire », qui peuvent avoir une connotation traumatique.

Bayle (2004), dans son ouvrage, confirme l'importance du dépistage et de l'accompagnement des femmes dès le début de la grossesse. Il recommande qu'un tel dépistage soit fait par des sages-femmes et des obstétriciens dans un premier temps d'une stratégie des soins. Le dépistage doit avant tout être fondé sur deux éléments : la qualité d'écoute et d'empathie du soignant ainsi qu'une connaissance suffisante du sujet. Pour ce faire, il existe des questionnaires qui peuvent être utilisés de façon systématique au sein de la maternité. Toutefois, l'auteur mentionne que cette utilisation reste sujette à caution pour plusieurs raisons, dont le fait que cette utilisation puisse revêtir un caractère déshumanisé ou que certaines victimes d'un traumatisme sexuel puissent se sentir incapables de confier un tel vécu dans le cadre d'une entrevue sous forme d'enquête. Une solution alternative a donc été proposée par cet auteur, consistant à laisser la sage-femme ou l'obstétricien recueillir l'information dans d'autres contextes. Il suggère que l'intervenant puisse, par exemple, se référer d'abord à l'expérience générale pour ensuite explorer le cas de sa patiente. Voici un exemple de verbalisations pouvant être utilisé par le soignant au moment du dépistage : « Certaines femmes ont du mal à supporter l'examen gynécologique parce qu'elles ont été blessées dans leur intimité. Est-ce que c'est votre cas?... Je préfère m'en assurer... N'hésitez pas à me dire si vous ne supportez pas cet examen. »

Ainsi, la recherche de leur consentement face aux interventions nécessaires au suivi clinique (p. ex. les avertir avant de les toucher, leur décrire les étapes et les procédures de l'examen ou de l'accouchement et vérifier ce qu'elles peuvent ressentir)

et leur participation engagée dans le processus clinique deviennent essentielles afin, entre autres, de diminuer le sentiment d'un manque de contrôle chez elles. Ces mesures de protection ont été recommandées par plusieurs études (Coles & Jones, 2009; Klaus, 2010; Rhodes & Hutchinson, 1994), d'où l'importance du rôle des proches et des sages-femmes ou des accompagnatrices à la naissance. Ceux-ci semblent assurer un sentiment de sécurité et surtout un certain sentiment de contrôle qui est essentiel pour les femmes ayant une histoire d'ASE. En effet, le soutien et le sentiment de sécurité offerts par l'entourage (famille, conjoint et personnel soignant) sont un facteur de protection important durant la grossesse et l'accouchement de ces femmes (Lasiuk, 2007).

Dans ce sens, il s'avère important de sensibiliser l'ensemble des intervenants à leurs rôles respectifs dans la prise en charge de cette clientèle : l'intervenant qui aura le premier contact avec la patiente devrait avoir une connaissance appropriée de la problématique afin de pouvoir dépister les risques potentiels. L'orientation de la prise en charge tant sur le plan physique que psychologique devrait découler rapidement de ces observations afin d'assurer l'accompagnement par les professionnels formés (au sein d'une équipe multidisciplinaire, s'il y a lieu). L'objectif premier de cette démarche vise à diminuer l'impact de l'ASE sur l'expérience de la grossesse et de l'accouchement et d'en diminuer les symptômes invalidants (p. ex. l'anxiété, l'autodévalorisation de sa compétence parentale, les malaises physiques récurrents, etc.).

En ce qui a trait à la gestion de l'état dissociatif qui peut survenir lors de l'accouchement ou de l'examen gynécologique, les auteurs suggèrent deux modes d'intervention. Certains recommandent de résister à la dissociation en ramenant la femme dans le moment présent pour se concentrer sur son accouchement (Burian, 1995; Rhodes & Hutchinson, 1994). Cependant, Palmer (2004) considère la dissociation comme une stratégie d'adaptation et soutient que le fait de « rester dans le moment présent » n'est pas aidant pour les femmes lors de l'accouchement. En cas de dissociation, Bayle (2004) suggère plutôt au soignant d'aider la femme à retrouver son contrôle en lui parlant et en lui expliquant ce qu'il fait. L'auteure résume comment s'y prend Holz pour aider les femmes lorsqu'elles sont confrontées à une remémoration traumatique en six points :

1. Permettre à la femme de décrire le souvenir.
2. Lui rappeler qu'elle est en sécurité, qu'elle est en train de se rappeler l'événement, qu'elle ne le réexpérimente pas et qu'elle n'est pas seule.
3. Rester proche, mais ne pas la toucher physiquement sans son autorisation.
4. Lui assurer qu'elle est crue et que l'événement s'est réellement produit.
5. L'aider à retrouver la réalité par des questions concrètes.
6. Ne pas la laisser seule. Selon la situation, elle peut avoir besoin d'aide : thérapeute ou autre appui. (Holz cité par Bayle, 2004, p. 520)

Dans l'ensemble, afin d'harmoniser les interventions auprès de cette clientèle, il est souhaitable de développer des protocoles d'intervention assortis d'un éventail d'approches basées sur des données probantes. Cela pourrait être réalisé éventuellement dans le cadre d'une recherche future, afin de mieux orienter les victimes et outiller les intervenants à gérer les situations problématiques de façon adéquate et d'amener les

femmes ayant une histoire d'ASE à mieux vivre leur expérience de la grossesse et de l'accouchement.

Conclusion

L'agression sexuelle envers les enfants est loin d'être un phénomène marginal et touche près d'une fille sur cinq avant l'âge de 18 ans. De nombreuses conséquences en résultent à court et à long terme, sur les plans psychologique et physique, y compris sur l'expérience de la maternité, que ce soit pendant les périodes prénatales ou postnatales. La présente étude de cas multiples longitudinale vient appuyer les résultats des études qualitatives transversales portant sur l'expérience de la maternité, de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant une ASE. En fait, l'ASE peut générer des conséquences négatives durant cette période telles que des souvenirs, de la dissociation, une perte de contrôle et un sentiment de peur. Notre étude souligne le fait que ces femmes puissent vivre positivement l'expérience de la grossesse et de l'accouchement même lorsque l'ASE interfère avec celles-ci. D'ailleurs, cette étude met en évidence que l'expérience de la grossesse et de l'accouchement a le potentiel d'aider ces femmes. À travers cette expérience, la femme peut vivre un nouveau départ et un sentiment d'accomplissement.

De plus, la présente étude fait ressortir l'impact possible que certains aspects familiaux peuvent avoir sur l'expérience de l'accouchement, y compris des complications d'accouchement intergénérationnelles ayant un lien avec des histoires d'ASE dans la famille. L'importance accordée à la relation avec les personnes

soignantes ressort également, et ce, concernant différents aspects de l'expérience de grossesse et d'accouchement (toucher, parole, respect, compréhension, etc.). Il est non négligeable de constater que certaines femmes ayant un vécu d'ASE préfèrent avoir un rôle actif dans leur accouchement, y compris en le planifiant attentivement afin d'augmenter leur sentiment de contrôle et de compétence. Cela pousse ces femmes à engager des professionnelles (sage-femme et accompagnatrice à la naissance) à qui elles peuvent dévoiler leur histoire et avec qui elles peuvent développer un lien de confiance pour les accompagner lors de la période de la grossesse et de l'accouchement. En fait, ces femmes ont besoin d'une place sécuritaire afin d'explorer les difficultés anticipées et réelles au sujet de l'ASE.

Par conséquent, il est souhaitable que les personnes accompagnant ces femmes prennent en considération leur histoire d'ASE et les répercussions importantes de celle-ci sur la grossesse et l'accouchement. Étant donné l'ampleur de cette problématique au Québec (un enfant sur cinq) et les répercussions importantes de l'ASE, il sera nécessaire que les professionnelles de la santé et des services sociaux reconnaissent dans leur pratique les femmes enceintes ayant vécu une histoire d'ASE afin de mieux les soutenir et les préparer à l'accouchement et à leur rôle de mère. Un suivi psychologique plus soutenu pourrait être de mise à cet effet.

Toutefois, il y a encore un besoin d'approfondir la compréhension de la réalité des femmes enceintes avec une histoire d'ASE afin de pouvoir mieux les accompagner.

Des devis de recherche longitudinaux ou mixtes comprenant un plus grand nombre de participantes, incluant des femmes multipares et de différentes cultures, permettraient de mieux documenter les répercussions de l'ASE sur la grossesse, l'accouchement et même la relation mère-enfant dans la période post-partum. Par la suite, des recommandations plus ciblées pourront être développées.

Références

- Arizmendi T. G., & Affonso, D. D. (1987). Stressful events related to pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Research*, 31(6), 743-756.
- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A qualitative study. *Journal of Psychological, Health & Medicine*, 11, 389-398.
- Bayle, B. (2004). Faut-il dépister les antécédents de traumatisme sexuel lors de la grossesse? Dans S. Missionner, B. Glose, & M. Soulé (Eds.), *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (1^{re} édition, pp. 495-525). France : Presses universitaires de France.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study: Design and implementation for novice researchers. *Journal of the Qualitative Report*, 13, 544-559.
- Benedict, M. I., Paine, L. A., Paine, L. L., Brandt, D., & Stallings, R. (1999). The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Journal of Child Abuse & Neglect*, 23(7), 659-670.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in Psychology. *Journal of Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse & Neglect*, 12, 51-59.
- Boudou, M., Teissède, F., Walburg, V., & Chabrol, H. (2007). Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues. *L'encéphale*, 33, 805-810.
- Bruggemann, O., Parpinelli, M., Osis, M., Cecatti, J., & Carvalhinto Neto, A. (2007). Support to woman by a companion of her choice during childbirth: A randomized controlled trial. *Journal of BioMed Central*, 4(5), 1-7.
- Burian, J. (1995). Helping survivors of sexual abuse through labour. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 20, 253-256.

- Carmona, F. J., Peñacoba-Puente, C., Marín, D., & Carretero, I. (2011). Factor structure, validity and reliability of the spanish version of the Cambridge Worry Scale. *Journal of Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 90, 1030-1035.
- Chabbert, M., & Wendland, J. (2016). Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère-bébé? *Revue de Médecine Périnatale*, 8, 199-206.
- Christensen, M. (1992). Birth rape. *Journal of Midwifery Today*, 22-34.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: A prospective study. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 27-35.
- Clark, E., & Smythe, L. (2011). The effects of childhood sexual abuse on labour and birthing: An exploration to assist midwives. *New Zealand College of Midwives Journal*, 54, 4-21.
- Clarke, L. (1998). Perinatal care for survivors of sexual abuse. *Nursing BC*, 30(2), 16-19.
- Coles, J., & Jones, K. (2009). Universal precautions: Perinatal touch and examination after childhood sexual abuse. *Journal of Birth*, 36(3), 230-236.
- Collin-Vézina, D., Hélie, S., & Roy, C. (2009). Augmentation récente de l'incidence des agressions sexuelles au Québec. Montréal, QC, *Institut de recherche sur le développement social des jeunes, Observatoire des mauvais traitements*.
- Courtois C., & Riley, C. (1992.) Pregnancy and childbirth as triggers for abuse memories: Implications for care. *Journal of Birth*, 19(4), 222-223.
- Creedy, D. (2002). *Emotional well-being of childbearing women: A review of the evidence*. Professorial lecture, School of nursing, Griffith university.
- Danish N., Fawad A., & Abbasi N. (2010). Assessment of pregnancy outcome in primigravida: Comparison between booked and unbooked patients. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 22(2), 23-5.
- Davidson, L., & Omar, A. (2014). Long-term consequences of childhood sexual abuse. *International Journal of Child and Adolescent Health*, 7 (2), 103-107.

- Davis-Floyd, R. (1987). The technological model of birth. *Journal of American Folklore*, 100, 479-495.
- Denis, A., Parantb, O., & Callahan, S. (2011). Post-traumatic stress disorder related to birth: A prospective longitudinal study in a french population. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(2), 125-135.
- Fones, C. (1996). Post-traumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 6, 184-195.
- Fox, B., & Worts, D. (1999). Revisiting the critique of medicalized childbirth: A contribution to the sociology of birth. *Journal of Gender and Society*, 13(3), 326-346.
- Garratt, L. (2008). *The childbearing experiences of survivors of childhood sexual abuse* (Doctoral thesis). Sheffield Hallam University, Sheffield, UK.
- Gourounti, K., Lykeridou, K., Taskou, C., Kafetsios, K., & Sandall, J. (2012). A survey of worries of pregnant women: Reliability and validity of the greek version of the Cambridge Worry Scale. *Journal of Midwifery*, 28(6), 746-753.
- Grant, L. J. (1992). Effects of childhood sexual abuse: Issues for obstetric caregivers. *Journal of Birth: Issues in Perinatal Care*, 19(4), 220-221.
- Green, J. M., Kafetsios, K., Statham, H. E., & Snowdon, C. M. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge Worry Scale in a pregnant population. *Journal of Health Psychology*, 8, 753-764.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (1st edition, pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum “hotspots”. *Journal of Psychology & Health*, 27, 1166-1177.
- Heritage, C. (1998). Working with childhood sexual abuse survivors during pregnancy, labour, and birth. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 27(6), 671-677.
- Hobbins, D. (2004). Survivors of childhood sexual abuse: Implications for perinatal nursing care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33, 485-497.

- Hodnett, E. D., Gates, D., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2007). Continuous support of women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Review*, 7.
- Holz, K. A. (1994). A practical approach to clients who are survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Nurse-Midwifery*, 83(11), 13-18.
- Iliadou, M. (2013). Supporting woman in labour. *Journal of Health Science*, 6(3), 385-91.
- Issokson, D. (2004). Effects of childhood abuse on childbearing and perinatal health. In K. Kendall-Tackett (Ed.), *Health consequences of abuse in the family : A clinical guide for evidence-based practice*, (pp. 197-214). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jacobs, J. L. (1992). Child sexual abuse victimization and later sequelae during pregnancy and childbirth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1(1), 103-111.
- Kearns, R. A., Neuwelt, P. M., Hitchman, B., & Lennan, M. (1997). Social support and psychological distress before and after childbirth. *Journal of Health and Social Care in the Community*, 5(5), 296-308.
- Kendall-Tackett, K. (1998). Breastfeeding and the sexual abuse survivor. *Journal of Human Lactation*, 14(2), 125-132.
- Kendall-Tackett, K. (Ed.). (2004). *Health consequences of abuse in the family: A clinical guide for evidence-based practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- King, B. M. (2009). *Human sexuality today* (6^e éd.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Klaus, P. (2010). The impact of childhood sexual abuse on childbearing and breastfeeding: The role of maternity caregivers. *Journal of Breastfeeding Medicine*, 5(4), 141-145.
- Lasiuk, G. C. (2007). *The lived experience of pregnancy and birthing of women with histories of childhood sexual abuse* (Thèse de doctorat inédite). University of Alberta, Edmonton, AB.
- Lavergne, C., & Tourigny, M. (2000). Incidence de l'abus et de la négligence envers les enfants : une recension des écrits. *Criminologie*, 33(1), 47-72.

- Lee, S. R. C. (2001). *Survivors of childhood sexual abuse and the childbearing year* (Thèse de doctorat inédite). Massachusetts School of Professional Psychology, Boston, MA.
- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., & Rath, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*(2), 139-151.
- Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., & Rath, W. (2010). Pregnancy complications in women with childhood sexual abuse experiences. *Journal of Psychosomatic research*, *96*, 503-510.
- Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., Rath, W., & Tschudin, T. (2013). Parental Care in Adult Women Exposed to Childhood Sexual Abuse. *Journal of Perinatal Medicine*., *41*(4), 365-374.
- Leeners, B., Stiller, R., Block, E., Görres, G., Rath, W., & Tschudin, T. (2014). Risk factors for unfavourable pregnancy outcome in women with adverse childhood experiences. *Journal of Perinatal Medicine*, *42*(2), 171-178.
- Lethu Abtey, C. (2008). *La confiance chez les femmes primipares de la grossesse au post-partum*, Université de Nantes, France.
- Lipp, D. (1992). Mothering after incest. *Journal of Mothering*, *63*, 114-120.
- LoGiudice, J. A. (2016). A systematic literature review of the childbearing cycle as experienced by survivors of sexual abuse. *Journal of Nursing for Women's Health*, *20*(6), 582-594.
- LoGiudice, J. A., & Beck, C. T. (2016). The lived experience of childbearing from survivors of sexual abuse: It was the best of times, it was the worst of times. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *61*(4), 474-481.
- Lowe, C. (1992). Childhood sexual abuse and birthing women. *Journal of Midwifery Today*, *22*, 34-36.
- Lukasse, M., Schei, B., Vangen, S., & Oian, P. (2009). Childhood abuse and common complaints in pregnancy. *Journal of Birth*, *33*, 221-228.
- Lukasse, M., Vangen, S., Oian, P., Kumle, M., Ryding, E. L., & Schei, B. (2010). Childhood abuse and fear of childbirth: A population based-study. *Journal of Birth*, *37*, 274-277.

- Lukasse, M., Vangen, S., Oian, P., & Schei B. (2010). Childhood abuse and caesarean section among primiparous women in the Norwegian mother and child cohort study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117, 1153-1157.
- Maltz, W. (2002). Treating the sexual intimacy concerns of sexual abuse survivors. *Journal of Sexual and Relationship Therapy*, 17(4), 321-326.
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., Beesdo-Baum, K., Höfler, M., & Wittchen. H.U. (2015). Risk Factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 385-935.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., & Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *Journal of the American Medical Association*, 276, 3176-3178.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes* 2^e édition, Boeck.
- Moleman, N., Van der Hart, O., & Van der Kolk, B. A. (1992). The partus stress reaction: A neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous Mental Disease*, 180(4), 271-272.
- Monahan, K., & Forgash, C. (2000). Enhancing the health care experiences of adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Women & Health*, 30(4), 27-41.
- Montgomery, E. (2013). Feeling safe: A metasynthesis of the maternity care needs who were sexually abused in childhood. *Journal of Birth*, 40(2), 88-95.
- Mucchielli, A. (2004). *Dictionnaires des méthodes qualitatives dans les sciences humaines et sociales*. Paris, France, Armand Colin.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., & Øian, P. (2006). Maternal request for caesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *Journal of Birth*, 33(3), 221-228.
- Öhman, S.G., Grunewald, C., & Waldenstrom U. (2003). Women's Worries During Pregnancy: Testing the Cambridge Worry Scale on 200 Swedish Women. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 148-152.
- Okpere, E. (2004). *Clinical Obstetrics. Revised Edition*. Benin City, Protocol for Antenatal Care, 1-7, Uniben Press Editor.

- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration*. Communication présentée au Congrès de l'association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS). Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2^e éd.). Paris, France, Armand Colin.
- Palmer, B. C. (2004). *The childbearing experience of women who are childhood sexual abuse survivors*. University of British Columbia, Vancouver, BC.
- Parratt, J. (1994). The experience of childbirth for survivors of incest. *Journal of Midwifery, 10*(1), 26-39.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 328-338.
- Rainelli, C., Orliaguet, M. H., & Villars, M. L. (2012). Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance des abus sexuels subis pendant l'enfance. *Revue de Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 60*, 356-361.
- Ratican, L. K. (1992). Sexual abuse survivors: Identifying symptoms and special treatment considerations. *Journal of Counselling & Development, 71*(1), 33-38.
- Reynolds, J. L. (1997). Post-traumatic stress disorder after childbirth: The phenomenon of traumatic birth. *Canadian of Medical Association Journal, 156*, 831-835
- Riquin, É., Faure, K., Legras, M., Chocard, AS., Gillard, P., Descamps, P., & Duverger, P. (2015). Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *Revue du Praticien, 65*(5), 701-708.
- Rhodes, N., & Hutchinson, S. (1994). Labour experiences of childhood sexual abuse survivors. *Journal of Birth: Issues in Perinatal Care, 21*(4), 213-220.
- Roller, C. G. (2011). Moving beyond the pain: Women's responses to the perinatal period after childhood sexual abuse. *Journal of Midwifery Women's Health, 56*, 488-493.
- Romans, S., Belaise, C., & Martin, J. (2002). Childhood abuse and later medical disorders in women: An epidemiological study. *Journal of Psychotherapy Psychosomatics, 71*, 141-150.

- Røsand, G. M., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E., & Tambs, K. (2011). Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BioMed Central Public Health, 11*(161).
- Rose, A. (1992). Effects of childhood sexual abuse on childbirth: One woman's story. *Journal of Birth: Issues in Perinatal Care, 19*(4), 214-218.
- Roussillon, J. A. (1998). Adult survivors of childhood sexual abuse: Suggestions for perinatal caregivers. *Journal of Clinical Excellence for Nurse Practitioners, 2*(6), 329-337.
- Seng, J. S., Low, L. K., Sperlish, M., Ronis, D. L., & Liberzon, I. (2009). Prevalence, trauma history, and risk for posttraumatic stress disorder among nulliparous women in maternity care. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 114*, 839-847.
- Seng, J. S., Oakley, D. J., Sampcalle, C. M., Killion, C., Graham-Bermann, S., & Liberzon, I. (2001). Posttraumatic stress disorders and pregnancy complications. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 97*, 17-122.
- Seng, J. S., Sparbel, K. J. H, Low, L. K., & Killion, C. (2002). Abused-related posttraumatic stress and desired maternity care practices: Women's perspectives. *Journal of Midwifery & Women's Health, 47*(5), 360-370.
- Simkin, P. (1992). Overcoming the legacy of childhood sexual abuse: The role of caregivers and childbirth educators. *Journal of Birth, 19*(4), 224-225.
- Simkin, P., & Klaus, P. (2004). *When survivors give birth: Understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women*, Classic Day Publishers, Seattle, WA.
- Slade, P. (2006). Towards a Conceptual Framework for Understanding Post-Traumatic Stress Symptoms Following Childbirth and Implications for Further Research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27*, 99-105.
- Tietjen, A. M., & Bradley, C. F. (1985). Social Support and Maternal Psychosocial Adjustment During the Transition to Parenthood, *Canadian Journal of Behavioral Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 17*(2), 109-121.
- Tourigny, M. (1991). *Incidence, facteurs de risque et programmes de prévention des agressions sexuelles envers les enfants*. Recueil des études commandées par le groupe de travail pour les jeunes. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Tourigny, M., & Baril, K. (2011). Les agressions sexuelles durant l'enfance : ampleur et facteurs de risque. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants, tome 1*, 7-42. Québec, Canada, Presses de l'Université du Québec.
- Tourigny, M., Gagné, M. H., Joly, J., & Chartrand, M. È. (2006). Prévalence et cooccurrence de la violence envers les enfants dans la population québécoise. *Revue canadienne de santé publique*, 97, 109-113.
- Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M., & Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 32(4), 331-335.
- Van Driel, J. H., & De Jong, O. (2001). Investigating the development of preservice teacher's pedagogical content knowledge. Communication présentée à la conférence annuelle du *National Association for Research in Science Teaching*, St. Louis, Missouri.
- Vythilingum, B. (2010). Should childbirth be considered a stressor sufficient to meet the criteria for PTSD. *Archives Women Mental Health*, 13, 49-50.
- Waymire, V. (1997). Triggering time: Childbirth may recalls sexual abuse memories. *Associations of women's Health Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines*, 1(2), 50-74.
- Wescott, C. (1991). Sexual abuse and childhood education. *International Journal Childbirth Education*, 6, 32-33.
- Westerlund, E. (1992). *Women's sexuality after childhood incest*, New York, Norton.
- Wilkinson, R. B. (1999). Moods changes in mothers and fathers through childbearing: Are the blues so blue? *Journal of Psychology and Health*, 14, 847-858.
- Wosu, A., Gelaye, B., & Williams, M. (2015). History of childhood sexual abuse and risk of prenatal and postpartum depression or depressive symptoms: An epidemiologic review. *Archives of Women's Mental Health*, 18(5), 659-671.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research design and methods* (4^e éd.). Thousand Oaks, Ca., Sage Publications.

Appendice A

Affiche de l'étude

PROJET DE RECHERCHE

Afin de mieux connaître les besoins des femmes ayant vécu une ou des agressions sexuelles au cours de leur enfance et améliorer les services qui leur sont offerts,

Nous recherchons dans la région de Montréal des FEMMES ENCEINTES (Premier bébé) d'environ 20 semaines, âgées entre 25 et 35 ans et ont été VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE par un membre de leur famille pendant l'ENFANCE

La participation au projet consiste à 3 entrevues de 1h-1h30 qui portent sur votre expérience de la grossesse et de l'accouchement (sur une période d'environ 7 mois)

Participation confidentielle

Compensation financière pour frais de déplacement (15\$ par entrevue)

Informations

Nada Esseily, Psychologue

Nada.Esseily@USherbrooke.ca

514 969 2425

Appendice B

Lettre d'information pour divers collaborateurs

Date : _____

À (clinique, médecin, sage femme, directeur d'un journal, etc.)

Bonjour

Mon nom est Nada Esseily, psychologue et candidate au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke, Campus Longueuil. Je réalise une étude afin d'apprendre davantage sur la grossesse et l'accouchement des femmes ayant vécu une histoire d'agression sexuelle pendant leur enfance.

Je recherche des femmes qui seront intéressées à participer à mon étude. Celles-ci doivent :

- Parler français et vivre dans la grande région métropolitaine de Montréal
- Avoir vécu une histoire d'agression sexuelle intrafamiliale avant l'âge de 18 ans
- Être enceintes (premier bébé) au deuxième trimestre (3^{ème} ou 4^{ème} mois de gestation)
- Être âgées entre 25-35 ans.

La participation comporte trois entrevues de 60 à 90 minutes. Deux entrevues se dérouleront lors du deuxième et troisième trimestre de grossesse et des questions concernant la période de grossesse seront posées aux participantes. Lors de la troisième entrevue qui se déroulera deux mois après l'accouchement, l'expérience de l'accouchement sera abordée. Les entrevues seront enregistrées sur bandes audio

magnétiques. Les participantes doivent également remplir un journal de bord une fois par semaine.

J'apprécierais donc grandement que vous informiez votre clientèle du contenu et des objectifs de mon projet et que vous en affichiez la publicité ci-jointe.

Les femmes intéressées à participer à l'étude pourront communiquer avec la chercheuse sur une ligne privée au 514-XXX XXXX ou à l'adresse : Nada.Esseily@Usherbrooke.ca

Je vous remercie de votre intérêt et de votre collaboration

Nada Esseily, DESS

Psychologue et candidate au doctorat en psychologie

Appendice C

Lettre d'information pour les participantes

Date : _____

Madame (nom de la participante)

Je vous remercie pour l'intérêt que vous manifestez pour mon étude doctorale. Lors de notre conversation téléphonique, nous avons convenu de nous rencontrer le (date de la première et la deuxième rencontre) au/x (lieu/x des rencontres). La troisième rencontre aura lieu deux mois après votre accouchement. Je vous contacterai par téléphone afin de voir vos disponibilités. La durée prévue des entrevues est d'environ 60-90 minutes. Les entrevues seront enregistrées. En cas de problèmes concernant votre engagement, veuillez communiquer avec moi au numéro confidentiel : 514-XXX XXXX ou à l'adresse : Nada.Esseily@USherbrooke.ca

Lors des entrevues, je vous poserai des questions par rapport à votre expérience de grossesse et d'accouchement.

Je vous remercie pour votre participation à mon étude et au plaisir de vous rencontrer.

Nada Esseily, DESS

Psychologue et candidate au doctorat en psychologie

Appendice D

Guide d'entrevue

J'aimerais commencer par vous poser diverses questions sur votre vie en général et plus spécifiquement sur votre expérience de la grossesse et de l'accouchement. L'entrevue devrait durer environ de 60 à 90 minutes.

Questions de l'entrevue

- Parlez moi de votre grossesse actuelle?

Sous-questions si c'est nécessaire

- Émotions : Quels types d'émotions sont reliées à votre grossesse?
- Pensées : Quels types de réflexions vous viennent à l'esprit en lien avec votre grossesse?
- Expériences physiques : Quels sont vos expériences physiques (p.ex. examens médicaux, perception de son corps, relations intimes avec son conjoint) reliées à la grossesse?

Autres questions d'approfondissement :

- Pouvez-vous m'en parler plus?
- Pouvez-vous me donner un exemple concret?
- Comment pensez-vous que l'ASE a possiblement influencé votre expérience de la grossesse?

Deuxième entrevue pour approfondir les données de la première entrevue:

- Parlez-moi de votre grossesse depuis qu'on s'est vue la dernière fois?

Troisième entrevue sur l'expérience de l'accouchement :

- Parlez-moi de l'accouchement?

Sous questions si c'est nécessaire :

- Émotions : Quels types d'émotions sont reliées à votre accouchement?

- Pensées : Quels types de réflexions vous viennent à l'esprit en lien avec votre accouchement?

- Expériences physiques : Quels ont été vos expériences corporelles à l'accouchement?

Autres questions d'approfondissement :

- Parlez-moi de votre expérience après la naissance de votre bébé?
- Comment vous décrivez cette période et comment vous vous êtes sentie?
- Si c'est le cas, comment pensez vous que l'ASE a possiblement influencé votre expérience de l'accouchement?

Les questions seront également basées sur l'analyse des entrevues précédentes et le journal de bord des participantes

Appendice E

Questionnaire sociodémographique

Veillez s'il vous plait remplir le questionnaire ci-dessous

Âge : ____ ans

Origine ethnique et culturelle :

Niveau scolaire

Primaire Secondaire Collégial Universitaire

Emploi / nature du travail s'il ya lieu :

Régulier Occasionnel

Revenu familial annuel :

Moins de 25,000 25,000 à 50,000 50,000 et plus

Préfère pas répondre

Situation matrimoniale :

Célibataire En couple Séparée/ divorcée Veuve

Sexe de votre partenaire :

Homme Femme

Histoire de grossesse :

Nombre de grossesse : ____ Dates : _____

Avortement : ____ Dates : _____

Fausse couche : ____ Dates : _____

Âge aux moments de l'agression: _____ ans

Lien avec l'agresseur : _____

Autres informations pertinentes :

Appendice F

Journal de bord

Contenu du journal de bord

Le journal de bord comporte à la première page un aide mémoire qui vise à en faciliter la rédaction. Voir l'exemple suivant :

Aide mémoire

Je remplis mon journal de bord une fois par semaine. Pour me faciliter la tâche, je lis l'aide mémoire qui comporte quelques consignes. Dans mon journal qui porte sur mon expérience de grossesse et d'accouchement, je décris :

- *Mes émotions (comment je me sens? Mes peurs, mes moments joyeux ou tristes, etc.)*
- *Mes pensées (Qu'est ce qui se passe à mon esprit? Mes réflexions, mes souvenirs, mes préoccupations, etc.)*
- *Mes expériences physiques (mes examens médicaux, mes relations intimes avec mon conjoint, comment je perçois mon corps? etc.)*
- *Toutes autres informations, en lien avec ma grossesse / mon accouchement, que je désire partager avec la chercheure.*

Aux pages suivantes, la chercheure indique les dates des semaines entre la première et la deuxième entrevue (journal de bord 1) et entre la deuxième et la troisième entrevue (journal de bord 2). Voir l'exemple ci-dessous :

Semaine 1 de (date du début de la semaine1) à (date de la fin de la semaine1) :

*(espace vide à compléter par
les participantes*

Appendice G

Formulaire de consentement et lettre d'information

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

L'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une agression sexuelle pendant leur enfance.

Personnes responsables du projet

Ce projet est réalisé dans le cadre de doctorat en psychologie, cheminement pour psychologue en exercice. Les personnes responsables de ce projet sont :

Nada Esseily, candidate de doctorat en psychologie
(Nada.Esseily@Usherbrooke.ca)

Marc Tourigny, directeur de thèse(Marc.Tourigny@Usherbrooke.ca);

1 800 267-8337

Mélanie Couture, co-directrice de thèse

(melanie.couture.cvd@ssss.gouv.qc.ca) (514) 484-787 poste 1489 ou téléphone sans frais : 1 800 267-8337

Objectifs du projet

Cette étude permettra de comprendre la réalité des femmes ayant une histoire d'une agression sexuelle pendant l'enfance et de mieux cerner leurs besoins. Notre étude servira à décrire comment les femmes ayant vécu une agression sexuelle pendant leur enfance vivent l'expérience de la grossesse et l'accouchement et à identifier les éléments contextuels liés à l'agression sexuelle pendant l'enfance pouvant influencer l'expérience de la grossesse et de l'accouchement.

Initiales de la participante : _____

Raison et nature de la participation

Votre participation sera requise pour trois entrevues d'environ 60-90 minutes chacune. Une pause ou une collation vous sera proposée, selon le besoin. Ces rencontres auront lieu à l'Université de Sherbrooke, Campus Longueuil, ou ailleurs selon votre convenance, en fonction de vos disponibilités. Deux entrevues se dérouleront lors du deuxième et troisième et trimestre de grossesse (environ 4^{ème} et 8^{ème} mois de grossesse). La troisième entrevue se déroulera deux mois après l'accouchement; si vous le désirez, vous pouvez apporter votre bébé avec vous. Ces entrevues seront enregistrées sur bande audio. Lors des entrevues, vous aurez à répondre à des questions sur votre expérience de la grossesse et de l'accouchement. Vous aurez également la consigne de remplir un journal de bord une fois par semaine entre les entrevues. À cette fin deux cahiers vous seront remis; un lors de la première entrevue et un autre à la deuxième entrevue. Dans votre journal hebdomadaire qui porte sur votre expérience de la grossesse et de l'accouchement, vous aurez à décrire des éléments en lien avec vos émotions, vos pensées et vos expériences physiques.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation vous donnera l'occasion de partager votre expérience et de contribuer à l'avancement des connaissances entourant l'expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une agression sexuelle pendant leur enfance.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Vous pourriez ressentir une certaine fatigue liée au temps accordé à ce projet. Également, vous pourriez éprouver certaines émotions négatives. Si cela survient, vous pourrez en discuter avec la chercheuse ou ne pas répondre à certaines questions.

Si le besoin se fait sentir et avec votre accord, vous pourriez aussi être référée, le cas échéant, au professionnel de la santé que vous avez identifié et qui est déjà impliqué dans votre suivi. Aussi, si des situations urgentes se présentent, la chercheuse, avec votre permission, communiquera elle-même avec ce professionnel de la santé afin d'assurer un suivi rapide de la situation. Si vous n'avez pas un professionnel de la santé, la chercheuse s'assure d'en trouver et communiquera avec lui, au besoin.

Nom du professionnel de la santé à rejoindre en cas de problème: _____

Numéro de téléphone du professionnel de la santé : _____

Compensation

Une compensation financière de 15 \$ par entrevue sera donnée aux participantes. Cette compensation est seulement donnée lorsqu'il y a un déplacement effectué par la participante pour l'entrevue.

Initiales de la participante : _____

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents audio ou écrits vous concernant soient détruits?

Oui

Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis.

Ils peuvent comprendre les informations suivantes : nom, âge, adresse, numéro de téléphone ou adresse courriel, enregistrements audio, journal de bord.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels selon les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse.

La chercheuse utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier. Par exemple, les prénoms seront changés.

Les données recueillies seront conservées, sous clé au Campus de l'Université de Sherbrooke à Longueuil dans les locaux de recherche du directeur de la thèse pour une période n'excédant pas 5 ans. Après cette période, les données seront détruites. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

Initiales de la participante : _____

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Résultats de la recherche et publication

Les données recueillies dans ce projet seront diffusées dans le cadre d'une thèse de doctorat. D'autres diffusions des résultats pourraient être envisagées dans le cadre d'articles, de conférences dans des congrès et/ou colloques. Nous préserverons l'anonymat des personnes ayant participé à l'étude.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet ou expliquer vos préoccupations à Mme Dominique Lorrain, présidente du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro sans frais suivant : 1 800 267-8337, ou par courriel à: cer_lsh@USherbrooke.ca.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (nom en caractères d'imprimerie), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu, à ma satisfaction.

Initiales de la participante : _____

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante: _____

Fait à _____, le _____ 201_

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, _____ chercheure de l'étude, déclare que mon équipe de recherche (directeur et co-directrice) sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de la chercheure de l'étude : _____

Signature: _____

Fait à _____, le _____ 201_.

Initiales de la participante : _____