

« Quels sont les impacts des antécédents de violences sexuelles incluant un contact physique sur le déroulement, le vécu et la peur de l'accouchement? »

Mémoire de fin d'étude Travail de Bachelor

BAUMGARTNER Claude
Matricule : 17593237

BUGNON Charlotte
Matricule : 17594466

DE RAEMY Anaïs
Matricule : 15420763

Directrice :

PLYS Ekaterina, psychologue, PhD, assistante à l'UniDistance

Experte de terrain :

RACINE Sandrine, sage-femme indépendante et chargée de cours à la HEdS, Genève

Experte :

GODARD Claudie, sage-femme responsable du service de consultations prénatales aux HUG et chargée de cours à la HEdS, Genève

Haute école de Santé de Genève, le 17 août 2020



DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

«Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seul(e)s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques».

Août 2020

BAUMGARTNER Claude, BUGNON Charlotte & DE RAEMY Anaïs

RÉSUMÉ

Cadre de référence : Une femme sur cinq a déjà subi des violences sexuelles. L'accouchement touche à la perception du corps, à la sexualité, fait surgir des émotions et la douleur y prend une place importante. Lorsqu'une femme présente des antécédents de violences sexuelles, sa peur de l'accouchement pourrait s'en trouver augmentée. Il est possible que ces antécédents influencent également le déroulement physiologique de l'accouchement. Par ailleurs, les conditions, les gestes et la prise en soin sont susceptibles de raviver des traumatismes existants. Le vécu de l'accouchement, intime et subjectif, peut également en être complexifié.

Objectif : Identifier les impacts des antécédents d'abus sexuels sur le déroulement, le vécu et la peur de l'accouchement, dans le but d'améliorer la prise en soin de ces femmes.

Méthode : Cette revue de littérature a été effectuée grâce à la base de données Medline via PubMed et l'utilisation de mots-clés et MeSH terms en lien avec nos différentes variables. Quatre articles ont été retenus et un cinquième a été sélectionné parmi la bibliographie d'un de ceux-ci. Trois de ces études sont de type quantitatif et les deux autres de type qualitatif. Leurs résultats ont été analysés puis articulés pour répondre à la question de recherche.

Résultats : Les résultats concernant le déroulement obstétrical sont contradictoires et ne permettent pas de relever l'impact des antécédents de violences sexuelles sur les dystocies, les instrumentations ou les césariennes. Les données en lien avec la peur de l'accouchement divergent selon les auteurs; cependant ces derniers se rejoignent pour affirmer que celle-ci se trouve augmentée chez les patientes primipares ayant subi des violences sexuelles sévères. En ce qui concerne le vécu, les auteurs mettent en évidence que l'accouchement peut être source de stress et d'anxiété, provoquer un sentiment de perte de contrôle et de vulnérabilité, et activer des réminiscences de l'épisode traumatique. Une des pistes récurrentes pour une meilleure prise en soin est de soutenir le besoin de contrôle des parturientes.

Conclusion : Cette revue de littérature met en évidence plusieurs pistes à explorer afin d'optimiser la prise en soin des femmes ayant subi des abus sexuels mais ces pistes sont aussi applicables à toutes les parturientes. Cependant, la question de recherche initiale étant large, il serait nécessaire d'effectuer de nouvelles revues afin d'aborder chacune de nos variables de manière plus spécifique.

Mots-clés : Violences sexuelles, déroulement, vécu, peur de l'accouchement, prise en soin.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier infiniment toutes les personnes nous ayant soutenues dans la réalisation de ce travail.

Tout d'abord, nous remercions nos familles respectives pour le soutien inconditionnel dont elles ont fait preuve durant ces études et l'élaboration de ce projet.

Merci également à nos ami(e)s, sans lesquels nous n'aurions pas tenu la longueur. Merci pour ces beaux moments partagés, que ce soit dans le rire ou les larmes.

Merci à nos trois mentores : Jessica Sormani, Jessica Franzen et Ekaterina Plys. Un merci particulier à Sandrine Racine, notre experte de terrain, qui a partagé avec nous son expérience pleine de sagesse et de richesse.

Merci à Caroline Goy-Contini pour sa relecture minutieuse et ses conseils pertinents.

Pour finir, nous sommes reconnaissantes les unes envers les autres pour cette belle collaboration dans la gestation et l'accouchement de ce projet nous tenant toutes à coeur.

TABLE DES MATIERES

1. Questionnement professionnel	7
2. Cadre de référence théorique.....	10
2.1. Violences sexuelles	10
2.1.1. Définition.....	10
2.1.2. Conséquences.....	12
2.1.3. Epidémiologie.....	13
2.2. Déroulement de l'accouchement.....	13
2.2.1. Accouchement physiologique.....	14
2.2.2. Travail dystocique.....	16
2.2.3. Interventions	18
2.3. Vécu de l'accouchement	19
2.3.1. Facteurs influençants	20
2.3.2. Mémoire traumatique et accouchement.....	21
2.3.3. Stratégies de coping	23
2.4. Peur de l'accouchement.....	25
2.4.1. Définition.....	25
2.4.2. Conséquences.....	26
3. Problématique	28
4. Dimension éthique	29
5. Méthodologie.....	30
5.1. Recherche d'articles	30
5.2. Articles sélectionnés	37
6. Tableaux descriptifs des articles	38
7. Articulation des résultats par thématique.....	43
7.1. Déroulement de l'accouchement.....	43
7.1.1. Travail dystocique.....	43
7.1.2. Interventions lors de la deuxième phase.....	44
7.2. Vécu de l'accouchement	44
7.2.1. Facteurs influençants	45
7.2.2. Mémoire traumatique	45
7.2.3. Stratégies de coping	46
7.3. Peur de l'accouchement.....	46

8. Discussion	48
8.1. Impact sur le déroulement de l'accouchement	48
8.2. Impact sur les interventions.....	48
8.3. Impact sur le vécu de l'accouchement.....	49
8.4. Impact sur la peur de l'accouchement	51
8.5. Forces et limites.....	52
8.5.1. <i>Littérature</i>	52
8.5.2. <i>Pertinence du sujet</i>	53
8.5.3. <i>Processus du travail</i>	53
8.5.4. <i>Propositions de nouvelles recherches</i>	54
9. Retour à la pratique.....	55
9.1. Besoins des professionnels	55
9.2. Formation des professionnels	56
9.3. Soutien matériel.....	57
9.4. Aspects relationnels.....	58
9.5. Enjeux pour la profession sage-femme.....	59
9.6. Suites à envisager.....	59
10. Conclusion.....	60
11. Références bibliographiques	61

1. Questionnement professionnel

Dans la pratique sage-femme, la question des abus sexuels sur les femmes est présente au quotidien. En effet, une méta-analyse comprenant des études de 22 pays différents a mis en évidence une prévalence des abus sexuels de 19% concernant les femmes (Pereda et al., 2009, cité par Montgomery, Pope & Rogers, 2014, p. 54). En Suisse, selon les résultats d'une enquête représentative de l'institut de recherche gfs.bern pour le compte d'Amnesty International menée auprès de 4500 femmes, « une femme sur cinq âgée de 16 ans et plus a déjà subi des actes sexuels non consentis, et plus d'une femme sur dix a eu un rapport sexuel contre son gré » (Amnesty International, 2019). De plus, selon la même étude, « 59% ont été victimes de harcèlement sous forme de contacts, d'étreintes ou de baisers non désirés » (Amnesty International, 2019). Par ailleurs, Campbell, Garcia-Moreno et Sharps (2004, cité par Henriksen, Schei & Lukasse, 2016, p.15) mettent en évidence que 3,4 à 11% des femmes enceintes subissent des violences physiques et/ou sexuelles pendant la période de la grossesse. Enfin, selon Nerum, Halvorsen, Straume, Sørli et Øiana (2012), 7 à 37% de la population des femmes enceintes présentent des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance. Cela représente jusqu'à plus d'un tiers de la population que les sages-femmes pourront être amenées à prendre en soin.

Plusieurs scientifiques s'étant penchés sur la question ont mis en évidence l'impact réel des antécédents d'abus sexuels sur l'accouchement en général. Un lien a été observé entre la présence d'antécédents d'abus sexuels et la survenue de complications lors de l'accouchement. En effet, des similitudes ont été observées entre le travail et l'accouchement d'une part et les abus sexuels d'autre part, tels que, entre autres, l'intrusion dans la sphère intime et la perte de contrôle (Rhodes & Hutchinson, 1994).

Par exemple, Schei et al. (2014) ont relevé une augmentation du nombre de césariennes électives chez les primipares ayant subi des abus sexuels. Chez les multipares, ce sont les césariennes en urgence qui voient leur nombre croître lorsque l'on investigate les antécédents de ces femmes. L'étude menée par Nerum et al. (2009) vient corroborer ces résultats avec une augmentation du risque de césarienne chez les primipares augmenté de plus de dix fois. Les auteurs ajoutent également les instrumentations à leurs

investigations et rapportent ainsi un risque plus de dix fois supérieur de recourir à ces méthodes lors d'antécédents de violences sexuelles. Il est également intéressant de noter qu'une nette augmentation de la durée de la deuxième phase de l'accouchement est observée chez les femmes victimes d'abus. La première phase, quant à elle, reste inchangée (Nerum et al., 2009).

Il est indispensable pour aborder cette thématique de s'interroger sur le vécu de l'accouchement perçu par ces femmes victimes d'abus par le passé. En effet, la joie de la mise au monde peut se voir ternie par une histoire de vie comportant des abus, la grossesse ainsi que l'accouchement pouvant être influencés négativement par un trauma passé. Ceux-ci représentent une part importante du cycle de la vie d'une femme et sont intrinsèquement liés à sa santé globale (LoGiudice & Beck, 2016). En outre, le vécu de l'accouchement peut s'avérer traumatique lors d'antécédents présents et non accompagnés (Nerum et al., 2009).

Cependant, l'accouchement, lorsqu'il est bien vécu, peut représenter une chance pour ces femmes de « réparer » une partie de leur confiance en elles, précédemment endommagée par les abus (Rhodes & Hutchinson, 1994). C'est entre autres pour cette raison que la sensibilisation de cette thématique auprès des sage-femmes nous semble primordiale.

Par ailleurs, Eberhard-Gran et al. (2008, cité par Schroll, Tabor & Kjaergaard, 2011, p.23) ont démontré que les femmes ayant été exposées à des abus sexuels à l'âge adulte ont un risque accru de peur extrême pendant le travail de l'accouchement. En outre, Nerum et al. (2012) ont relevé que 63% des femmes ayant une peur modérée à sévère de l'accouchement avaient subi des abus physiques, émotionnels ou sexuels. Enfin, Schroll et al. (2011) soulèvent que la peur sévère de l'accouchement est associée à un taux élevé de souhait maternel de césarienne, un risque accru de césarienne en urgence, de dystocie et de travail prolongé.

Finalement, nous avons été interpellées par les résultats de l'étude de Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Kononen et Halmesmaki (2001, cité par Heimstad, Dahloe, Laache, Skogvoll & Schei, 2006, p.438) qui montre que 62% des femmes présentant une peur accrue de l'accouchement et ayant initialement fait la demande d'une césarienne élective avaient

finalement choisi un accouchement par voie vaginale après avoir suivi une thérapie intensive pendant leur grossesse.

Dans la littérature explorée, il existe un grand nombre de recherches traitant de ce sujet par diverses approches. Pourtant, dans la pratique, les techniques de dépistage s'avèrent peu élaborées et il est difficile de trouver des protocoles de prise en soin de l'accouchement spécifique à cette problématique. C'est ce décalage entre la recherche et la pratique qui est au centre de notre questionnement.

Les différentes études mettent en évidence le nombre important de femmes enceintes ayant vécu des abus sexuels et l'impact de ceux-ci sur le déroulement de l'accouchement, le vécu de celui-ci et la peur de l'accouchement. Finalement, le bénéfice énoncé précédemment d'un vécu positif de l'accouchement sur la confiance en soi de ces femmes (Rhodes & Hutchinson, 1994) renforce notre conviction qu'il est nécessaire et pertinent de traiter ce sujet sous l'angle de la profession sage-femme.

2. Cadre de référence théorique

Cette première partie a pour but de définir certaines notions indispensables à la compréhension de notre travail. Il semble primordial de traiter tout d'abord la variable indépendante (VI) de notre travail, à savoir les violences sexuelles. Par la suite, les bases de la physiologie du travail, des dystocies et des interventions possibles seront développées afin de mieux appréhender notre première variable dépendante (VD) qui est le déroulement de l'accouchement. Viendra ensuite le vécu de l'accouchement, seconde VD de ce travail, incluant les facteurs influençants, ainsi que la mémoire traumatique et les stratégies de coping afin de faire le lien avec les violences sexuelles. Finalement, la peur de l'accouchement, la dernière VD, sera définie et développée à la fin de ce chapitre.

2.1. Violences sexuelles

Le thème des violences sexuelles se situe au coeur de notre travail puisque nous cherchons ici à comprendre de quelle manière celles-ci peuvent influencer différents aspects de l'accouchement. Il est donc important de commencer par définir ce que l'on entend par « violences sexuelles », d'aborder leurs conséquences et enfin d'apporter des données épidémiologiques.

2.1.1. Définition

La violence sexuelle est, comme l'indique l'OMS (2002), « un problème de santé publique courant et grave qui affecte des millions de personnes chaque année dans le monde », ajoutant que, « l'inégalité des sexes est au cœur de la violence sexuelle dirigée contre les femmes » (p.193).

L'OMS (2012) la définit comme :

Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne

indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail (p.2).

Gigandet, Seitenfus, Terzidis et Vasconcelos (2017) relèvent que, dans la plupart des cas, ces violences, qui peuvent prendre différentes formes, sont commises par des personnes connues de la victime. Dans leur brochure sur les violences sexuelles contre les femmes, elles classent ces dernières en plusieurs catégories :

Violences sexuelles avec pénétration ou tentative de pénétration sexuelle

Le terme « pénétration » englobe les pénétrations vaginales, anales et buccales par le pénis, les doigts ou un objet.

Ces violences sont poursuivies d'office et sont punies selon les articles 189 et 190 du Code pénal suisse. L'article 189 comprend tous les types de violences citées ci-dessus excepté celles comprenant une pénétration vaginale, considérées par la loi comme viol, et qui seront réprimées par l'art. 190 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP ; RO 54 781) dont voici l'extrait :

Celui qui, notamment en usant de menace ou de violence, en exerçant sur sa victime des pressions d'ordre psychique ou en la mettant hors d'état de résister, aura contraint une personne de sexe féminin à subir l'acte sexuel, sera puni d'une peine privative de liberté de un à dix ans.

Violences sexuelles avec contact corporel

Elles comprennent les « attouchements, caresses et baisers imposés, masturbation forcée de l'agresseur, obligation à prendre des postures dégradantes, etc. » (Gigandet et al., 2017, p.10).

Violences sexuelles n'impliquant pas de contact corporel

Elles comprennent l'« exhibitionnisme, contrainte à regarder du matériel pornographique, harcèlement téléphonique à connotation sexuelle, gestes et paroles obscènes, remarques grivoises, insultes sexistes, propositions sexuelles importunes, voyeurisme, courriers/courriels pornographiques, filmage ou diffusion d'images à votre insu, etc. » (Gigandet et al., 2017, p.10).

Autres classifications

Il existe également deux grandes catégories de violences sexuelles définies selon l'âge auquel elles ont été subies, soit durant l'enfance, soit à l'âge adulte. La loi suisse fixe la limite de l'enfance dans le cadre de la sexualité, c'est-à-dire la majorité sexuelle, à 16 ans (art. 187, CP), tandis que dans le cadre des études scientifiques, cette limite a tendance à être fixée à 18 ans.

En Suisse, la loi considère ces violences comme « des délits ou des crimes » (Gigandet et al., 2017, p.9). Pourtant selon Amnesty International (2019), seules 8% des victimes ont porté plainte et 49% n'en parlent pas.

2.1.2. Conséquences

Les violences sexuelles ont un impact considérable sur la santé psychique et physique des victimes; ceci à court, moyen et long terme. Amnesty International (2020) rapporte tout d'abord les conséquences physiques directes suivant une agression sexuelle, comprenant entre autres : des douleurs aiguës, plaies du vestibule, perforations hyménales et maladies sexuellement transmissibles.

Par ailleurs, des manifestations de détresse, d'ordre psychique et physique, peuvent faire leur apparition plus ou moins rapidement après les faits. Les souffrances somatiques sur le long terme sont, selon Thomas (2015), moins connues et parfois sous-estimées. Parmi celles-ci se trouvent les maux de tête, la fatigue persistante, les troubles gynécologiques ainsi que digestifs, les affections neurologiques et les palpitations. On observe d'ailleurs un taux trois fois plus élevé de femmes atteintes de fibromyalgie chez les victimes d'agressions sexuelles (Amnesty International, 2020).

Les conséquences psychiques sont également nombreuses, et il est important de rappeler qu'elles ne sont pas indépendantes des perturbations somatiques qu'elles engendrent (Thomas, 2015). En effet, comme le souligne Thomas (2015), « c'est une évidence que les troubles comportementaux retentissent sur la santé des corps » (p.254). Cela apparaît de manière flagrante dans les cas de comportements sexuels à risques, de troubles

alimentaires, d'addictions, d'automutilations et de conduites suicidaires, qui sont fréquemment observés chez les personnes avec antécédents de violences sexuelles (Thomas, 2015). De plus, divers symptômes sont mis en évidence, sur le court, moyen et long terme : un sentiment de honte, une baisse de l'estime de soi, des épisodes de confusion, un syndrome de stress post-traumatique et des troubles obsessionnels compulsifs. Une amnésie totale ou partielle de l'agression est également possible, ainsi qu'une difficulté à retracer les faits exacts (Amnesty International, 2020).

2.1.3. Epidémiologie

Les violences sexuelles et le viol en particulier sont une problématique mondiale ; en effet leur nombre est en constante augmentation (Spitzberg, 1999). Aux Etats-Unis, 700'000 femmes sont violées ou victimes d'autres formes d'agressions sexuelles chaque année, et 14.8% d'entre elles ont moins de 17 ans. Quant à la France, le nombre de femmes violées se situe entre 50'000 et 90'000 par an (Amnesty International, s.d.).

Les chiffres concernant les agressions sur les enfants sont également très préoccupants et dans le cadre d'une étude menée à Genève sur 1200 jeunes filles entre 16 et 17 ans, 20% de celles-ci ont relaté avoir subi au moins une fois un abus sexuel (Amnesty international, s.d.). Finalement, comme mentionné précédemment, en Suisse, « une femme sur cinq âgée de 16 ans et plus a déjà subi des actes sexuels non consentis, et plus d'une femme sur dix a eu un rapport sexuel contre son gré » (Amnesty International, 2019).

2.2. Déroulement de l'accouchement

L'accouchement se définit comme « l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion, par les voies naturelles, d'un ou de plusieurs fœtus, parvenus à maturité ou à l'âge de la viabilité » (Centre national de ressources textuelles et lexicales [CNRTL], s.d.). Afin de comprendre son déroulement, abordé dans ce travail d'un point de vue obstétrical, il est tout d'abord nécessaire d'éclairer quelques notions d'obstétrique. Dans ce chapitre

seront définis l'accouchement physiologique, différents types de complications ainsi que les interventions possibles.

2.2.1. Accouchement physiologique

L'un des phénomènes menant à la naissance du nouveau-né est la contraction utérine. Celle-ci est l'activation des muscles dont est composé l'utérus. Les contractions utérines sont déclenchées par un ensemble de mécanismes d'ordre mécanique et biochimique, la composante hormonale étant au centre du travail de l'accouchement et des contractions. (Rotten & Baraille, 2010).

Ces contractions utérines vont permettre d'une part la descente et la rotation du fœtus dans la filière génitale ainsi que la maturation du col de l'utérus, puis sa dilatation en vue de l'expulsion du fœtus (Lansac, Sentilhes & Descamps, 2017a). L'efficacité de celles-ci sur le col se mesure grâce à une technique appelée « toucher vaginal » (TV), qui consiste à insérer l'index et le majeur dans le vagin de la patiente jusqu'au fond de celui-ci afin d'évaluer manuellement le col de l'utérus. Ce dernier sera évalué quant à sa position, sa longueur, sa texture et son éventuelle dilatation (Schaal, Riethmuller & Baudo, 2012).

Ce sont ces informations, ajoutées à la clinique de la patiente, qui vont permettre de définir les différents stades de l'accouchement. En effet, dans la pratique sage-femme, l'accouchement est divisé en différentes phases.

Tout d'abord, on distingue le pré-travail du travail de l'accouchement lui-même. Celui-ci se définit par des contractions utérines irrégulières, sans présence de dilatation cervicale. Il peut durer de quelques heures à quelques jours selon les femmes (Paris, 2010a).

Ensuite, on parle de travail de l'accouchement lorsque les contractions utérines se font régulières en rythme et en intensité et sont accompagnées d'une modification du col de l'utérus (Paris, 2010a). Ce travail de l'accouchement est lui-même séparé en trois phases : nous allons ici nous intéresser à la première et à la deuxième phase.

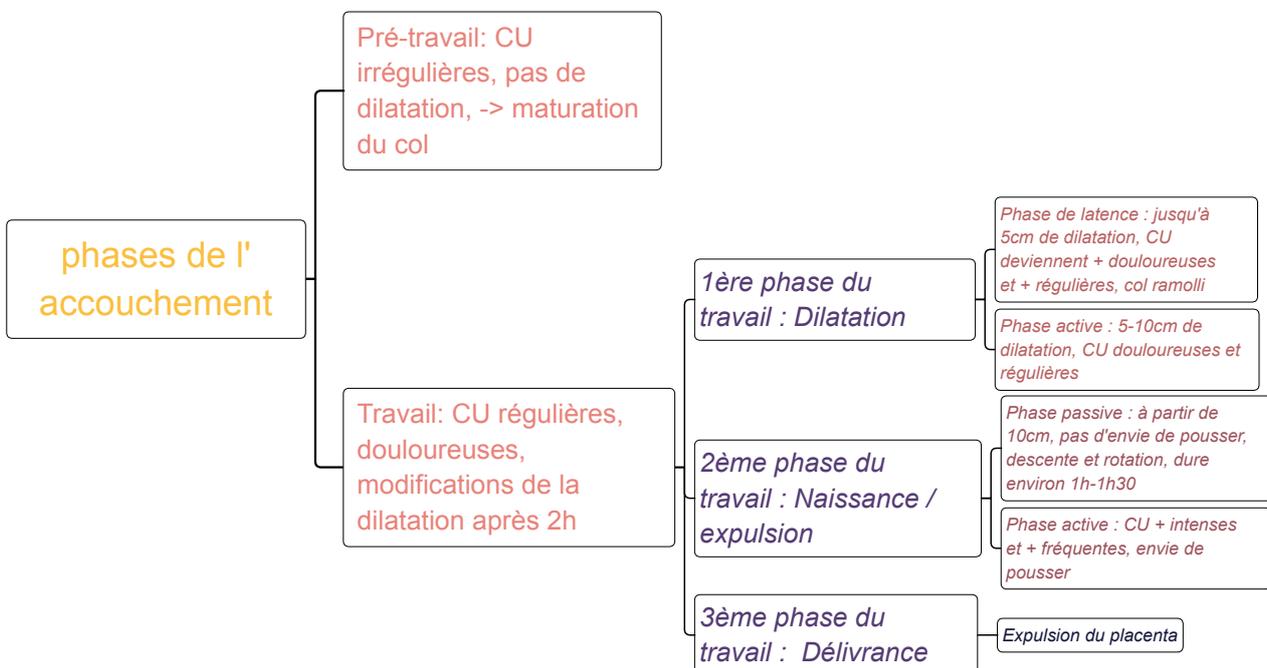
Première phase

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2018) décrit que la première phase de l'accouchement comprend tout d'abord ce qu'on appelle la *phase de latence*. Celle-ci se caractérise par des contractions utérines douloureuses induisant des changements variables du col, progressant jusqu'à une dilatation de cinq centimètres. Concernant sa durée, on constate que cette dernière varie beaucoup d'une femme à l'autre (OMS, 2018). Les normes diffèrent selon les auteurs et les pays. Nous présentons ici les chiffres donnés par l'OMS.

Dans un second temps, la première phase de l'accouchement se poursuit par la *phase active*, au cours de laquelle les contractions utérines gagnent en intensité et en régularité. On estime que la durée de celle-ci ne dépasse généralement pas les 12 heures pour les femmes nullipares et 10 heures pour les multipares. C'est dans cette phase que le col va atteindre les 10 centimètres de dilatation, nommée également *dilatation complète* (OMS, 2018).

Deuxième phase

La deuxième phase de l'accouchement quant à elle correspond à la période comprise entre le stade de dilatation complète et la naissance de l'enfant. Pendant celle-ci, lors de la *phase passive*, le bébé finit sa descente et rotation dans la filière génitale. Cette période dure environ 1h30. Puis arrive finalement la *phase active*, accompagnée de contractions plus fréquentes et intenses, durant laquelle le besoin de pousser survient chez la parturiente (OMS, 2018).



2.2.2. Travail dystocique

Les bases de la physiologie de l'accouchement étant maintenant posées, il est important d'aborder certaines pathologies du déroulement du travail ainsi que les différentes issues possibles d'un accouchement. En effet, ces informations sont nécessaires à la compréhension de notre choix de problématique ainsi que du travail en lui-même.

Le terme de dystocie est défini par Gaucherand (2017) comme « une anomalie de la progression du travail » (p.176). Ces dernières peuvent être regroupées en deux grandes catégories : « les dystocies mécaniques et les dystocies dynamiques » (Schaal & Riethmuller, 2012, p.433).

Les étiologies possibles des dystocies mécaniques sont multiples. Schaal et Riethmuller (2012) expliquent qu'elles peuvent tout d'abord être causées par des disproportions foeto-pelviennes liées à des anomalies du bassin maternel, à un fœtus macrosome ou à l'association de ces deux composantes. Une anomalie de la présentation peut également être à l'origine d'une dystocie mécanique : dans la physiologie, le fœtus s'engage dans le bassin par la présentation du sommet, c'est-à-dire avec la tête fléchie de manière à ce que le menton se trouve en contact avec le tronc ; c'est donc l'occiput qui s'engage en premier (Lansac & Ouédraogo, 2017). Lorsque cette flexion se modifie, même en l'absence de disproportion foeto-pelvienne, l'accouchement par voie naturelle peut se compliquer. Pour finir, d'autres causes, plus rares, sont liées à des obstacles ou des anomalies des tissus mous, à savoir le vagin et les muscles périnéaux (Schaal, 2012a ; Gaucherand, 2017).

Schaal (2012b) explique que les dystocies dynamiques peuvent être définies par toutes les anomalies liées aux contractions utérines et/ou à la dilatation cervicale. Concernant les contractions utérines, une diminution (hypocinésie) ou une augmentation (hypercinésie) de leur fréquence, de même que de leur intensité et/ou de leur durée peuvent être observées. Les hypocinésies sont plus fréquemment rencontrées et sont, dans 30% des cas, responsables de dystocies cervicales (Gaucherand, 2017). Ces dernières sont bien plus rares et peuvent être définies par une stagnation de la dilatation. Ces trois types de dystocies dynamiques ont des causes variables mais surviennent souvent suite à une ou plusieurs dystocies mécaniques (Schaal, 2012b ; Gaucherand, 2017).

Ces types de dystocies peuvent être à l'origine de complications autant durant la première phase du travail que lors de la seconde. Elles n'auront cependant pas les mêmes conséquences et les mêmes dénominations.

Première phase

Schaal (2012b) explique que, lors de la première phase de l'accouchement, les dystocies peuvent être catégorisées comme suit :

- Dystocie de démarrage : caractérisée par une phase de latence d'une durée supérieure à celle attendue.
- Dystocie fonctionnelle : définie par une vitesse de dilatation inférieure à celle attendue ou à une stagnation de la dilatation.

Les normes concernant la durée des phases et la vitesse de dilatation varient et évoluent fréquemment selon les auteurs et les protocoles des hôpitaux.

Deuxième phase

Lors de cette seconde phase, trois types de dystocies peuvent apparaître, à savoir (Schaal & Riethmuller, 2012) :

- Dystocie d'engagement : équivalant à un certain temps de dilatation complète sans engagement du fœtus dans le bassin avec une dynamique utérine normale.
- Dystocie de la descente dans l'excavation : correspondant à une faible vitesse de descente du fœtus dans le bassin.
- Dystocie d'expulsion : lorsque l'expulsion est entravée par une cause mécanique.

Encore une fois, les normes concernant la durée tolérable à dilatation complète sans engagement ou la vitesse de descente varient selon les auteurs et les protocoles.

2.2.3. Interventions

Lorsque le déroulement du travail n'est pas physiologique, diverses interventions sont possibles dans le but d'améliorer son évolution. Elles sont catégorisées dans ce chapitre selon la première et la deuxième phase de l'accouchement.

Première phase

Il existe deux pratiques principales lorsque la première phase se révèle dystocique : la rupture artificielle des membranes (amniotomie) et l'administration d'ocytociques.

L'amniotomie consiste en la perforation des membranes de la poche des eaux à l'aide d'un instrument y étant destiné au moment d'une contraction utérine. Ce geste a pour effet « un meilleur contact entre le col et la présentation » (Monrigal & Lansac, 2017, p. 151) ainsi qu'une « libération de prostaglandines endogènes » (Monrigal & Lansac, 2017, p. 151) qui permettront soit l'induction du travail, soit une correction dans l'avancée de celui-ci (Monrigal & Lansac, 2017 ; Paris, 2010b).

Les ocytociques sont des hormones synthétiques proches de l'ocytocine naturelle. Ils ont pour rôle d'« augmente[r] l'intensité et la fréquence des contractions, puis, si les doses augmentent, le tonus de base » (Monrigal & Lansac, 2017, p. 152) et ainsi de déclencher le travail, pallier à diverses dystocies ou accélérer le travail. Lorsqu'ils sont utilisés dans ces buts, ils sont administrés par voie intraveineuse et généralement après une amniotomie (Monrigal & Lansac, 2017 ; Paris, 2010b).

Deuxième phase

Instrumentations

Il se peut que la phase d'expulsion soit prolongée au-delà de la physiologie ou qu'il soit nécessaire de l'accélérer. En effet, Lansac, Oury, Sibony et Renner (2017b) énoncent deux indications principales : « l'asphyxie fœtale nécessitant une naissance rapide » (Lansac et al., 2017b, p. 353) et « le prolongement de la période d'expulsion » (Lansac et al., 2017b, p. 353) au-delà d'un certain temps, variable selon les protocoles et les pays. Lansac et al. (2017b) précisent que la décision d'instrumenter sera prise uniquement si la

dilatation cervicale est complète et si le fœtus est engagé dans le bassin. Si ce n'est pas le cas, une césarienne en urgence sera effectuée. Les auteurs décrivent trois types d'instruments utilisés dans ces cas de figure : les forceps, les spatules et les ventouses. En 2017, en Suisse, le taux d'accouchements réalisés à l'aide de l'un d'eux s'élevait à 11,1 % (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2019).

Césarienne

Vardon, Benoist et Dreyfus (2017) expliquent que la césarienne consiste en l'extraction du fœtus de manière chirurgicale à l'aide d'une incision utérine. Ses indications médicales sont multiples: elles peuvent être liées à des antécédents tels qu'une césarienne antérieure, à des pathologies ou infections maternelles, à des anomalies osseuses ou de l'appareil génital, à des causes placentaires, à des causes fœtales telles que des malformations, ou encore au nombre de fœtus (liste non exhaustive) (Vardon et al., 2017). La césarienne peut cependant aussi être effectuée en urgence dans les cas que Vardon et al. (2017) énoncent comme suit : menace du pronostic vital maternel et/ou fœtal, anomalie du rythme cardiaque fœtal et dystocie mécanique et/ou dynamique. La césarienne a été pratiquée pour 32.3 % des accouchements en Suisse en 2017 (OFS, 2019).

Césarienne électorive

La césarienne électorive est une intervention planifiée. Elle peut être indiquée en cas d'antécédent de césarienne, de contre-indication à un accouchement par voie basse ou de désir maternel, principalement lié à la peur de l'accouchement. Dans ce cas de figure, la décision est toujours prise après évaluation des bénéfices et des risques (Vardon et al., 2017).

2.3. Vécu de l'accouchement

Le vécu de l'accouchement décrit l'expérience subjective et individuelle de la femme lors de cet évènement. C'est une perception unique d'un moment crucial dans la vie d'une femme. Larkin, Begley et Devane (2007) expliquent que chaque femme développe des attentes individuelles pour son accouchement en lien avec la douleur, l'antalgie, le

contrôle, l'implication dans les prises de décision et le soutien du personnel soignant. Ils précisent qu'il a été démontré qu'un certain écart entre ces attentes et la réalité de l'accouchement impacte la perception qu'a la femme de cet événement.

Nous allons ici nous intéresser aux éléments pouvant influencer le vécu de l'accouchement, puis développer les mécanismes expliquant le lien entre ce vécu et les antécédents de violences sexuelles. Enfin, il est intéressant de poser les bases des stratégies identifiées afin de faire face à l'événement de l'accouchement suite à de tels antécédents.

2.3.1. Facteurs influençants

Larkin et al. (2007) décrivent quatre facteurs ayant une incidence prépondérante sur le vécu de la parturiente : *le contrôle, la relation au soignant, la douleur et le soutien*. Ces derniers peuvent avoir un impact aussi bien positif que négatif sur la perception et le souvenir du moment. Ils ne sont pas figés et peuvent varier au cours du travail de l'accouchement.

Le contrôle

Il s'exprime différemment d'une femme à l'autre, parfois à travers un besoin de prise de contrôle, parfois dans une expression de lâcher prise (Larkin et al., 2007). Green et Baston (2003) distinguent le contrôle « interne » du contrôle « externe ». Le premier correspond notamment à la gestion des émotions, de la douleur et des sensations, le second à la compréhension des soins et l'implication dans les prises de décisions.

La relation au soignant

Selon Larkin et al. (2007), ce paramètre se traduit principalement par une présence soutenante et à l'écoute des besoins de la femme. Ces deux éléments peuvent contribuer à un sentiment de satisfaction et de participation, rejoignant alors la notion précédente de contrôle.

La douleur

Larkin et al. (2007) la définissent comme une composante complexe influencée par différents facteurs comme, encore une fois, le contrôle, la confiance en soi ou la confiance envers le soignant.

Le soutien

Ils notent enfin que les parturientes expliquent cette notion comme liée à l'émotionnel tout comme à une présence physique. C'est un élément qui pourrait protéger la femme d'une expérience négative à long terme (Larkin et al., 2007).

Le rôle du personnel soignant

Selon Waldenstrom (1996, cité par Larkin et al., 2007), le vécu de l'accouchement et le vécu des soins sont intimement liés et peuvent être considérés comme un tout. Green et Baston (2003) notent deux éléments principaux sur lesquels le personnel soignant peut avoir une influence – en lien avec le besoin de contrôle – contribuant à un sentiment de satisfaction et un bien-être émotionnel chez les parturientes :

- Le type d'accompagnement dans la gestion de leur douleur (qui impacte le sentiment de contrôle interne)
- Le fait de se sentir comme *sujet* dont on se soucie et non comme *objet* que l'on soigne (qui impacte le sentiment de contrôle externe)

Ils soulignent que le personnel soignant joue donc un rôle important lors de l'accouchement et peut faire une différence significative dans la manière dont la femme le vit.

2.3.2. Mémoire traumatique et accouchement

Dans le cas d'antécédents de violences sexuelles, l'expérience de l'accouchement peut se révéler émotionnellement plus compliquée. Ceci s'explique, entre autres, par l'implication des parties génitales lors de l'accouchement et de l'expérience corporelle très intime qu'il représente (Leeners, Görres, Block & Hengartner, 2016). Il est important ici, avant

d'aborder les raisons de ce vécu parfois plus difficile, de définir par quels mécanismes l'événement de l'abus sexuel impacte la mémoire.

Salmona (2008) explique que, lors de stress extrême, certains mécanismes physiologiques se mettent en place afin de préserver l'individu, ce qui engendre une « déconnexion » avec le cerveau et provoque un trouble dans l'enregistrement de l'information. La mémoire émotionnelle n'est ni traitée, ni intégrée correctement et reste piégée : c'est ce qu'on appelle la mémoire traumatique. Elle fait revivre à l'individu une séquence ou tout l'épisode traumatique avec la même intensité psychologique et physiologique sous deux formes principales : les reviviscences et les réminiscences.

Reviviscence

Elle se traduit par l'apparition soudaine, envahissante et régulière de la scène de l'événement traumatique et du ressenti qui l'accompagne. C'est « la trace de l'événement [qui] ne peut être stockée sous la forme de souvenir ... et [qui] persiste comme « un corps étranger » dans le psychisme » (Stryckman & de Neuter, 2019, p.89).

Réminiscence

Elle se différencie de la reviviscence par son aspect plus « vague ». Ce sont des remémorations intrusives qui ne sont pas complètement reconnues et sont compliquées à situer (Salmona, 2013 ; Stryckman & De Neuter, 2019). Elles se manifestent sous forme de « flash-back soudains, de rêves et de cauchemars [ou] d'expériences sensorielles » (Salmona, 2013, p.209).

Stimuli déclencheurs

Cette mémoire traumatique, hypersensible et anhistorique, peut donc être ravivée sous ces formes par « tout stimulus sensoriel, cénesthésique, algique [ou] toute identité de situation » (Salmona, 2008) évoquant le traumatisme ou des parties isolées de celui-ci, sans limite réelle dans le temps écoulé depuis l'événement.

Salmona (2013) indique que, dans le cadre des violences sexuelles à répétition, certains facteurs spécifiques peuvent être déclencheurs, notamment des stimuli « moteurs ;

psychologiques ; émotionnels ; somatiques... [ou encore] contextuels » (Salmona, 2013, p. 209). Par exemple :

- le fait de se retrouver seule dans une pièce,
 - certaines sensations corporelles, notamment liées à la douleur
 - des contrôles gynécologiques
 - des conditions rappelant l'enfermement
- (Salmona, 2013).

Or ces éléments ou situations peuvent facilement être retrouvés lors de l'accouchement. Leeners, Richter-Appelt, Imthurn et Rath (2006) précisent et expliquent les raisons de la possible activation de cette mémoire lors de l'accouchement par les éléments suivants :

- les mêmes zones et muscles peuvent être sollicités dans le processus de la naissance
- un contact ou une manipulation des organes génitaux peuvent réveiller ces souvenirs
- les abus tout comme l'accouchement touchent à l'estime de soi et aux relations de confiance.

Les souvenirs d'abus sont souvent irréguliers voire même absents, et les points précédents permettent de mettre en avant le risque que l'accouchement soit déclencheur de reviviscences ou de réminiscences. Cela appuie les propos de Leeners et al. (2016) suggérant que le vécu de l'accouchement est plus difficile pour les femmes concernées par ces antécédents. Les auteurs expliquent que ces femmes, notamment lors d'abus dans l'enfance, rapportent plus fréquemment un vécu d'accouchement négatif ainsi qu'une peur intense de l'accouchement.

2.3.3. Stratégies de coping

Les stratégies de coping correspondent aux processus mis en place par une personne qui doit faire face à une situation provoquant chez elle de l'anxiété et lui permettent de

garder ainsi le contrôle ou de supporter les conséquences psychiques et physiques que cette situation pourrait générer (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus et Folkman (1984, cités par Bruchon-Schweitzer, 2001) définissent le coping comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources » (Lazarus & Folkman, 1984, cité par Bruchon-Schweitzer, 2001, p. 70).

Rhodes et Hutchinson (1994) ont mis en évidence des comportements particuliers lors du travail de l'accouchement chez les femmes ayant été victimes d'abus sexuels. On remarque quatre attitudes types, reprises plus tard par Leeners et al. (2006) : *fighting* (lutte), *taking control* (prise de contrôle), *surrendering* (renoncement) et *retreating* (le retrait).

La « lutte »

C'est une réaction de panique qui induit une posture d'auto-défense. La femme lutte contre les sensations qu'elle interprète comme une atteinte à son corps. Elle est craintive, méfiante, excessivement protectrice de l'intimité de son corps, et elle évite le contact visuel. Ce comportement peut sembler exagéré ou irréaliste si le personnel soignant n'a pas connaissance des antécédents d'abus. Ce comportement de « lutte » peut inhiber la progression du travail de l'accouchement (Rhodes & Hutchinson, 1994).

La « prise de contrôle »

C'est une attitude, un ensemble d'actions que la femme met en place pour surmonter ses craintes. Différentes peurs sont présentes chez toutes les femmes en travail, mais elles peuvent être exacerbées lors d'antécédents d'abus. Ce type de comportement peut accélérer comme ralentir le processus de l'accouchement. La femme reconnaît le travail comme un événement traumatisant et s'y prépare, ce qui réduit la possibilité de surprise. Son but est d'augmenter la maîtrise et la défense face à un nouveau traumatisme ; elle tente d'éviter de replonger dans cet événement non résolu (Rhodes & Hutchinson, 1994).

Le « renoncement »

C'est le fait de se laisser faire en adoptant une attitude de soumission. La patiente ne s'oppose pas au personnel soignant ni à la prise en soins. Ce comportement peut ne pas alerter le personnel soignant puisque son travail s'en trouve simplifié, et il aura tendance à définir ces femmes comme de « bonnes patientes ». Cette attitude d'abandon peut cependant indiquer une dissociation, c'est-à-dire un processus de défense qui sépare les émotions de la conscience. Cette distance émotionnelle permet à la femme de fonctionner pendant le travail de l'accouchement en évitant un retour du trauma (Rhodes & Hutchinson, 1994).

Le « retrait »

Il reflète la tentative de la femme de s'éloigner émotionnellement ou mentalement des sensations corporelles qui lui rappellent l'événement traumatique. Il s'agit généralement d'une technique inconsciente de résistance passive qui peut avoir été utilisée au moment de l'abus sexuel pour se protéger de cette situation inéluctable. Cette réaction peut échapper aux soignants qui peuvent définir ces femmes comme stoïques face à la douleur. La patiente semble déconnectée des sensations corporelles et de la situation qu'elle vit. Dans les cas les plus dramatiques, le « retrait » peut prendre la forme d'une reviviscence de l'abus sexuel (Rhodes & Hutchinson, 1994).

2.4. Peur de l'accouchement

Suite aux explications précédentes, il est déjà plus aisé d'imaginer l'existence d'un lien entre la peur de l'accouchement et les antécédents de violences sexuelles. Cependant, il est tout de même nécessaire de définir ce concept et ses différents aspects.

2.4.1. Définition

La peur de l'accouchement est, selon Saisto et Halmesmäki (2003), un concept qui n'a pour le moment pas de définition uniforme, bien qu'il soit considéré comme un réel problème au sein du corps médical ; en effet, les auteurs considèrent que 6 à 10% des parturientes souffrent d'une peur sévère de l'accouchement. Petit (2015) parle aussi de

tocophobie, concept né en 2000 au Royaume-Uni et se définissant comme « un trouble anxieux ... caractérisé par une peur excessive et persistante de l'accouchement » (Petit, 2015, p.1).

Cette dernière s'exprime sous forme de cauchemars, de plaintes physiques et de différentes manifestations d'anxiété handicapantes durant la grossesse. La peur de l'accouchement s'apparente à la peur de la douleur ressentie à l'accouchement. Elle est fréquemment associée à une faible estime de soi, à une anxiété générale et des symptômes dépressifs (Saisto & Halmesmäki, 2003).

2.4.2. Conséquences

Petit (2015) explique qu'il existe, entre autres, les tocophobies primaire et secondaire. La première apparaît avant la première grossesse, et l'une des causes mise en évidence est la présence d'antécédents de violences sexuelles dans l'enfance. Comme décrit précédemment, l'accouchement par voie vaginale peut déclencher des reviviscences ou réminiscences d'un trauma passé (Leeners et al., 2016). Hofberg et Brockington (2000), auteurs à l'origine du concept de tocophobie, relèvent que cette situation peut mener à l'apparition d'une tocophobie secondaire et donc impacter les accouchements suivants.

L'étude « *Fear, pain and stress hormones during childbirth* » de Alehagen, Wijma, Lundberg et Wijma (2005) explore la corrélation entre la peur de l'accouchement, son impact sur la sécrétion d'hormones pendant l'accouchement, ainsi que l'influence de ces hormones sur le déroulement de l'accouchement. Ce dernier et la peur de l'accouchement ne sont pas, dans ce travail, directement liés; ce sont deux VD différentes. Seulement, au fil des lectures, il est apparu que l'un pouvait être influencé par l'autre. Il semble donc intéressant d'aborder ici une ébauche de cette influence possible.

En effet, selon Alehagen et al. (2005), l'accouchement représente un stress extrême pour les parturientes, ce qui expliquerait une augmentation de la production des hormones du stress que sont le cortisol, l'adrénaline et la noradrénaline. Lorsque la patiente souffre de peur sévère face à l'accouchement, la sensation de stress s'en voit naturellement augmentée, et par conséquent la sécrétion d'hormones en est impactée. Les auteurs

relèvent entre autres une association entre la sécrétion d'adrénaline et la diminution de l'activité utérine. Ils mettent également en évidence une augmentation du taux de cortisol et la prolongation de la deuxième phase du travail chez les patientes sans analgésie péridurale (Alehagen et al., 2005).

3. Problématique

Les violences sexuelles sont reconnues comme un problème de santé publique qui peut toucher toute femme dans le monde entier (OMS, 2002). L'OMS (2012) précise que les violences sexuelles englobent « tous les actes allant du harcèlement verbal à la pénétration forcée, ainsi que des formes de contrainte très variées allant de la pression et de l'intimidation sociale jusqu'à la force physique » (p.1). Cette définition étant large et la limite des violences sexuelles verbales pouvant être complexe à définir, ce travail ciblera toute violence sexuelle comprenant un contact physique.

Il est également mis en évidence que les conditions, les gestes et la prise en soin de l'accouchement pourraient raviver des souvenirs et exposer la femme à un risque de reviviscence ou de réminiscence des traumas existants (Leeners et al. 2006; Leeners et al. 2016; Salmona, 2013). En effet, durant le travail, l'atmosphère et les sensations corporelles peuvent être inconnues et intenses, des zones sexuelles sont stimulées, la femme peut se retrouver seule dans la pièce et divers examens, tels que des touchers vaginaux, sont effectués. Au vu de ces multiples facteurs pouvant influencer le travail de l'accouchement ainsi que le taux de femmes concernées par les violences sexuelles, il nous semble essentiel de nous questionner sur le rôle de tels antécédents à ce moment précis.

L'événement de l'accouchement peut être abordé selon différents angles. Il a été décidé dans ce travail d'utiliser l'approche obstétricale (le déroulement), ainsi que l'approche plus psychologique (le vécu et la peur). Ces dernières semblent étroitement liées et avoir chacune leur place au sein du questionnement. Ce choix plutôt inhabituel d'inclure trois variables dépendantes découle du souhait de traiter du sujet dans une certaine globalité.

La question de recherche qui découle de ce questionnement est la suivante :

« Quels sont les impacts des antécédents de violences sexuelles incluant un contact physique sur le déroulement, le vécu et la peur de l'accouchement? »

4. Dimension éthique

L'éthique, définie comme « l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un » (Larousse, s.d.), est au coeur de la profession sage-femme. En effet, les quatre fondements éthiques qui sont le respect de l'autonomie, la non-malfaisance, la bienfaisance et la justice (Espace Ethique Languedoc-Roussillon, 2015), accompagnent nos prises de décision au quotidien.

La Confédération internationale des sages-femmes (International Confederation of Midwives [ICM], 2014a) indique, entre autres, que la sage-femme est tenue d'encourager et de promouvoir le partenariat, le choix éclairé, l'accouchement physiologique et la santé de toutes les femmes. Elle se doit de répondre aux besoins psychologiques, physiques, émotionnels et spirituels des femmes, sans discrimination (ICM, 2014b). Les sages-femmes doivent se soutenir entre elles/eux dans leur rôle professionnel et l'éducation, les recherches scientifiques et l'Evidence Based Medicine (EBM) doivent guider leur pratique (ICM, 2014a).

Ces valeurs sont fondamentales et nous ont accompagnées tout au long de ce travail. Ce dernier est centré sur l'impact des violences sexuelles. Cependant, chaque femme et chaque expérience est unique. Il ne s'agit donc pas de généraliser ou de stigmatiser, mais plutôt d'explorer les conséquences et de remettre en question les prises en soin tout en accompagnant la femme dans sa globalité.

5. Méthodologie

Suite aux différentes lectures effectuées en relation avec notre thème principal, nous avons affiné notre questionnement et, en nous aidant du modèle PICO, nous avons élaboré notre question de recherche. Différentes recherches ont été effectuées par la suite à l'aide de certains outils. Ce sont ces processus que nous décrivons dans ce chapitre.

5.1. Recherche d'articles

Pour effectuer notre recherche d'articles scientifiques, nous sommes parties des thèmes mis en évidence lors de l'élaboration de notre question et nous avons listé différents types de mots-clés en lien avec ces derniers. Nous avons utilisé des MeSH terms lors de chacune de nos recherches afin d'optimiser leur spécificité.

Nous avons exploré différentes bases de données - ou moteurs de recherche - rassemblant des articles scientifiques :

- ScienceDirect, ciblant, entre autres, les recherches scientifiques et médicales avec une sélection en français
- Littérature Scientifique en Santé (LiSSa), proposant uniquement des articles scientifiques francophones
- CINAHL, comprenant une sélection d'articles axés plus particulièrement sur les soins en santé
- Midirs, base de données spécifique au métier et à la pratique sage-femme
- et enfin Medline via Pubmed, ciblant à nouveau les recherches scientifiques et biomédicales de manière plus large.

La quantité de littérature disponible sur les bases de données référençant des articles francophones, à savoir ScienceDirect et LiSSa, n'était pas satisfaisante concernant notre sujet, c'est pourquoi nous ne les avons pas utilisées davantage. Après quelques essais de recherches sur les bases de données restantes, nous avons préféré et donc privilégié l'utilisation de Medline via Pubmed.

Les mots-clés et MeSH terms utilisés sont répertoriés et catégorisés selon la méthode PICO dans le tableau ci-dessous. Notre question de recherche étant composée de trois « outcomes », nous les avons répertoriés séparément et avons effectué trois types de recherches différents. Ne trouvant pas de MeSH terms correspondant à la VD du vécu de l'accouchement comme nous l'entendions, nous avons listé des mots-clés pouvant y correspondre. Nous y avons également inclus l'aspect de la prise en charge qui peut, comme décrit au chapitre 2.3.1., influencer le vécu.

	CONCEPTS EN FRANÇAIS	MOTS-CLÉS LIBRES (FRANÇAIS) TERMES DÉRIVÉS, SYNONYMES...	HETOP, TERMES MESH PROPOSÉS EN FRANÇAIS	MESH TERMS	MOTS-CLÉS LIBRES (ANGLAIS)
P	Parturientes	Parturientes Accouchement	Parturition	Parturition	Delivery Labor
I	Antécédents d'abus sexuels	Antécédents d'abus sexuels	Infractions sexuelles	Sex offenses	Sexual abuse Sex violence
C	Femmes enceintes sans antécédents d'abus sexuels				
O	Déroulement de l'accouchement	Issues obstétricales			Pregnancy outcome Labor outcome
	Vécu de l'accouchement	Stress Anxiété Prise en charge Pratique sage-femme	Stress physiologique Anxiété Gestion des soins aux patients Profession sage-femme	Stress, physiological Anxiety Pregnancy outcome Pregnancy Patient care management Midwifery	Psychological consequences Labor experience
	Peur de l'accouchement	Peur de l'accouchement	Peur	Fear	Fear of childbirth

Comme expliqué précédemment, nous avons orienté nos premières recherches, effectuées en juin 2019, sur la peur de l'accouchement. Cela nous a permis de sélectionner les deux articles que nous avons analysés dans le cadre de notre travail de recherche de deuxième année ; ces derniers nous semblaient être les plus pertinents dans ce sens, abordant chacun le sujet sous un angle légèrement différent. Surtout, l'un comme l'autre sont constitués d'un grand échantillon, ce qui nous a semblé apporter un avantage supplémentaire. C'est pourquoi nous les avons gardés pour la suite de notre travail.

Dans un second temps, nous avons souhaité élargir notre orientation et avons effectué des recherches plus spécifiquement sur le déroulement de l'accouchement et les issues obstétricales. Par conséquent, les articles retenus à ce stade traitent essentiellement de cette thématique. Finalement, l'article sélectionné parmi ceux-ci comprend un niveau élevé de preuves scientifiques et les critères nécessaires pour répondre à notre question de recherche.

Suite à cette recherche et dans le but cette fois d'inclure la variable du vécu, nous avons décidé d'ajouter des études qualitatives incluant également le rôle du personnel soignant. Nous avons donc mené une dernière recherche ciblée sur ces critères. C'est ainsi que nous avons sélectionné une étude supplémentaire, qualitative, récente et étayant les résultats quantitatifs déjà récoltés.

Nous avons également parcouru les bibliographies des articles les plus pertinents à nos yeux afin de trouver, peut-être, des études n'apparaissant pas dans nos recherches à l'aide des bases de données. Cette méthode nous a permis de retenir notre cinquième article, qualitatif lui aussi et respectant nos critères d'inclusion ainsi que les critères de sélection énoncés plus haut.

Les articles retenus puis non sélectionnés pour notre revue de littérature ont été éliminés selon différents critères en lien avec la méthodologie de l'étude, ses limites, son année de parution ou encore la spécificité de la thématique abordée.

Toutes ces recherches ont été effectuées à l'aide des mots-clés cités précédemment et des opérateurs booléens « AND » et « OR ». Nous avons modifié et adapté au fur et à

mesure les mots clés et associations afin d'améliorer la spécificité de la recherche et le nombre de résultats. Nous nous sommes référées au titre puis à l'abstract des articles pour les sélectionner. Ensuite, nous les avons lus entièrement et évalués selon nos critères d'inclusion, d'exclusion et de sélection, pour enfin les classer dans trois catégories : articles non pertinents et donc exclus, articles pertinents pour étayer notre travail, et articles sélectionnés pour répondre à notre question.

Tout ce processus – nos combinaisons de mots-clés, les équations de recherche sur Pubmed, nos critères d'inclusion, d'exclusion et de sélection ainsi que les articles retenus – est résumé dans les schémas ci-dessous.

RECHERCHE N° 1	MOTS-CLÉS / OPÉRATEURS BOOLÉENS	NOMBRE D'ARTICLES TROUVÉS
1	(((((parturition[MeSH Terms] OR Delivery) OR Labor)) AND ((sex offenses[MeSH Terms] OR Sex violence) OR sexual abuse)) AND stress, physiological[MeSH Terms]) AND fear[MeSH Terms]) AND anxiety[MeSH Terms]	0
2	((stress, physiological[MeSH Terms]) OR fear[MeSH Terms]) OR anxiety[MeSH Terms]	300'137
3	(((((parturition[MeSH Terms] OR Delivery) OR Labor)) AND ((sex offenses[MeSH Terms] OR Sex violence) OR sexual abuse)) AND ((stress, physiological[MeSH Terms]) OR fear[MeSH Terms]) OR anxiety[MeSH Terms])	106
4	((parturition[MeSH Terms]) AND ((sex offenses[MeSH Terms] OR Sex violence) OR sexual abuse)) AND ((stress, physiological[MeSH Terms]) OR fear[MeSH Terms]) OR anxiety[MeSH Terms])	8

RECHERCHE N° 2	MOTS-CLÉS / OPÉRATEURS BOOLÉENS	NOMBRE D'ARTICLES TROUVÉS
1	(sex offenses[MeSH Terms]) AND ((pregnancy outcome) OR labor outcome)	968
2	((sex offenses[MeSH Terms]) AND ((pregnancy outcome) OR labor outcome)) Filters: published in the last 10 years	713
4	((sex offenses[MeSH Terms]) AND (pregnancy outcome[MeSH Terms] AND "last 10 years"[PDat])) AND ((pregnancy[MeSH Terms]) OR parturition[MeSH Terms])	22

RECHERCHE N° 3	MOTS-CLÉS / OPÉRATEURS BOOLÉENS	NOMBRE D'ARTICLES TROUVÉS
1	((midwifery[MeSH Terms]) AND (((labor) OR parturition[MeSH Terms]))) AND (sex offenses[MeSH Terms] AND "last 10 years"[PDat])	1
2	51	

Pubmed

1.
((parturition[MeSH Terms])
AND (((sex offenses[MeSH
Terms]) OR Sex violence) OR
sexual abuse)) AND (((stress,
physiological[MeSH Terms]) OR
fear[MeSH Terms]) OR anxiety[
MeSH Terms])
8 résultats

4 articles retenus

"lifetime sexual violence and childbirth expectations - a Norwegian population based cohort study"

"Childhood abuse and fear of childbirth - a poulation based study"

"Fear of childbirth and history of abuse : implications for pregnancy and delivery"

"Physical and sexual lifetime violence : prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery"

2.
((sex offenses[MeSH Terms])
AND (pregnancy outcome[
MeSH Terms] AND "last 10
years"[PDat])) AND ((pregnancy[
MeSH Terms]) OR parturition[
MeSH Terms])
22 résultats

4 articles retenus

"Obstetric outcomes of mothers previously exposed to sexual violence"

"Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults : a matched controlled study"

"Different labour outcomes in primiparous women that have been subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood : a case control study in a clinical cohort"

"Correlates of abuse around the time of pregnancy : results from a national survey of Canadian women"

3.
((((patient care management[
MeSH Terms]) OR midwifery[
MeSH Terms])) AND ((labor) OR
parturition[MeSH Terms])) AND
sex offenses[MeSH Terms] AND ("
last 10 years"[PDat])
51 résultats

3 articles retenus

"Pregnancy and Childbirth After Sexual Trauma"

"Feeling safe : a metasynthesis of the maternity care needs of women who were sexually abused in childhood"

"Trauma : memories of childhood sexual abuse"

Critères d'inclusion :

- Articles parus dans le 10 dernières années
- Antécédents d'abus sexuels incluant un contact physique
- Antécédents d'abus sexuels dans l'enfance et/ou à l'âge adulte
- Etudes effectuées dans les pays occidentaux

Critères d'exclusion des articles :

- Manque d'instruments de mesure valides
- Manque de spécificité
- Population hors critères d'inclusion de notre question de recherche
- Articles trop anciens

Critères de sélection:

- Taille de l'échantillon
- Type d'étude - 2 qualitatives et 3 quantitatives
- Répartition équitable des outcomes - vécu et/ou issues obsétricales

Articles trouvés dans les bibliographies

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

"The effects of childhood sexual abuse on labour and birthing - an exploration to assist midwives' ???"

"The lived experience of childbearing from survivors of sexual abuse : "It was the best of times, it was the worst of times"

"Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance des abus sexuels subis pendant l'enfance"

"Lifetime sexual violence and childbirth expectations - a Norwegian population based cohort study"
2 articles

"A feminist narrative study of the maternity care experiences women who were sexually abused in childhood"

"Sexual violence and mode of delivery : a population-based cohort study"

"Obstetric outcomes of mothers previously exposed to sexual violence"
1 article

"A history of abuse and operative delivery"

- Article exclu
- Article pertinent
- Article sélectionné

Nous avons rencontré certaines contraintes lors de ces recherches. Tout d'abord, bien que l'anglais ne soit pas un obstacle rédhibitoire, le peu de littérature en français sur notre thématique les a rendues plus compliquées et plus longues à effectuer. Ensuite, certains articles ne sont pas publiés en accès libre et leur acquisition exige des démarches supplémentaires auprès des centres de documentation. Enfin, l'inclusion de trois variables dépendantes à notre question de recherche a certainement compliqué et rallongé le processus. Néanmoins, cela nous a permis d'aboutir à un choix correspondant totalement à notre vision et à une sélection d'articles riche et satisfaisante.

5.2. Articles sélectionnés

Henriksen, L., Schei, B. & Lukasse, M. (2016). Lifetime sexual violence and childbirth expectations - a Norwegian population based cohort study. *Midwifery*, 36, 14-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.018>

Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., Kumle, M., Ryding, E. L. & Schei B. (2010). Childhood abuse and fear of childbirth - a population-based study. *Birth*, 37(4), 267-274. doi: [10.1111/j.1523-536X.2010.00420.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00420.x).

Gisladottir, A., Luque-Fernandez, M. A., Harlow, B. L., Gudmundsdottir, B., Jonsdottir, E., Bjarnadottir, R. I., Hauksdottir, A., Aspelund, T., Cnattingius, S. & Valdimarsdottir, U. A. (2016). Obstetric outcomes of mothers previously exposed to sexual violence. *Public Library of Science One*, 11(3), 1-12. doi: [10.1371/journal.pone.0150726](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150726)

Montgomery, E., Pope, C. & Rogers, J. (2014). A feminist narrative study of the maternity care experiences of women who were sexually abused in childhood. *Midwifery*, 31(1), 54-60. doi: [10.1016/j.midw.2014.05.010](https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.05.010)

Sobel, L., O'Rourke-Suchoff, D., Holland, E., Remis, K., Resnick, K., Perkins, R. & Bell, S. (2018). Pregnancy and childbirth after sexual trauma. *Obstetrics & Gynecology*, 132(6), 1461-1468. doi: [10.1097/AOG.0000000000002956](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002956)

6. Tableaux descriptifs des articles

Titre: Lifetime sexual violence and childbirth expectations – A Norwegian population based cohort study

Auteurs : Henriksen, L., Schei, B. & Lukasse, M. (2016). **Journal :** Midwifery

Objectif: Explorer l'association entre le vécu de violences sexuelles et les attentes face à l'accouchement.

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design: étude de cohorte prospective</p> <p>Echantillon : 78'660 femmes</p> <p>VD : Antécédents d'abus sexuels</p> <p>VI: âge, parité, niveau d'éducation, état civil, détresse psychique, facteurs de risque pré-grossesse</p> <p>Critères d'inclusion : Femmes enceintes participant à l'étude « <i>The Norwegian Mother and Child Cohort Study</i> » (MoBa) ayant répondu aux questionnaires 1 et 3 et dont les données du « <i>the Medical Birth Registry of Norway</i> » (MBRN) sont disponibles</p> <p>Critères d'exclusion : grossesses des femmes ayant participé 2 fois ou plus à l'étude</p> <p>Mesures/outils: données du MBRN Questionnaires de l'étude MoBa :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Q1 : concerne la santé mentale et physique avant la conception et durant le premier trimestre de grossesse (Norwegian Institute of Public Health [NIPH], 2016) • Q3 : concerne la santé mentale et physique au moment du questionnaire (env. 30SA) (NIPH, 2016) <p>Ethique : Etude approuvée par le « The Regional Committee for Medical Research Ethics 28.03.1996 » et par le « Norwegian Data Inspectorate » Consentement éclairé obtenu pour chaque participante à l'étude MoBa</p>	<p>Recrutement : Reprise de données de l'étude MoBa qui avait envoyé une invitation par la poste avec le rendez-vous pour une échographie de routine aux femmes enceintes</p> <p>Phase 1 : Remplissage questionnaire 1 à environs 17 SA</p> <p>Phase 2 : Remplissage questionnaire 3 à environs 30 SA</p> <p>Période et lieu de l'étude : 1999 à 2008 en Norvège</p>	<p>Antécédents de violences sexuelles dans la population de l'étude: Aucun : 81.6% Léger : 12% Modéré : 2.8% Sévère : 3.6%</p> <p>Peur de l'accouchement selon antécédents de violences sexuelles (aucun, léger, modéré ou sévère) Aucun : 18.3% Léger : 22.1% Modéré : 23.7% Sévère : 28.8%</p> <p>Peur de l'accouchement avec antécédents de violences sexuelles anciennes selon la parité : Nullipares : OR 1.4 (IC 95% 2.3-2.5) Multipares : OR 1.3 (IC 95% 1.2-1.4)</p> <p>Idem avec antécédents de violences sexuelles récentes : Nullipares : OR 2.2 (IC 95% 1.7-2.7) Multipares : OR 1.3 (IC 95% 1.1-1.7)</p> <p>Peur de l'accouchement en rapport avec le degré de violence subie pour les nullipares : Léger : OR 1.3 (IC 95% 1.2-1.4) Modéré : OR 1.2 (IC 95% 1.1-1.4) Sévère : OR 2.1 (IC 95% 1.9-2.4)</p> <p>Idem pour multipares : Léger : OR 1.2 (IC 95% 1.1-1.3) Modéré : OR 1.5 (IC 95% 1.3-1.7) Sévère : OR 1.5 (IC 95% 1.3-1.7)</p>	<p>Forces : Échantillon de grande taille. Validité des données de l'étude MoBa définies comme suffisantes pour des études épidémiologiques à grande échelle. Biais de sélection peu probables car les participantes ne s'attendaient pas à des questions sur les violences sexuelles. Pris en compte dans l'analyse statistique des facteurs de confusion et des co-variables</p> <p>Limites : Taux de réponse bas. Manque d'information sur les femmes n'ayant pas participé. Possible sous-représentation de certains groupes, possible sous-rapportage de violences sexuelles, ce qui pourrait causer une classification erronée et diminuer les associations entre les violences sexuelles et les différents « outcomes » de l'étude.</p>

Titre: Childhood abuse and fear of childbirth - a population-based study
Auteurs : Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., Kumle, M., Ryding, E. L. & Schei, B. (2010). **Journal :** Birth

Objectif: Évaluer le rapport entre les antécédents autodéclarés d'abus sexuel, physique et émotionnel dans l'enfance et la peur de l'accouchement

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : étude transversale, multicentrique basée sur la population</p> <p>Echantillon : 2365 femmes enceintes au sein de 5 départements d'obstétrique en Norvège</p> <p>VD : abus dans l'enfance</p> <p>VI : âge, éducation, statut civil, grossesse planifiée, abus à l'âge adulte, symptômes dépressifs</p> <p>Critères d'inclusion : femme enceinte au-delà de 18 semaines de grossesse</p> <p>Critères d'exclusion : Niveau insuffisant de norvégien, ttt requis pour cause de pathologie, 7 ≤ réponses manquantes ou 2 ≤ pages non remplies du questionnaire, femme ayant moins de 18 ans</p> <p>Mesures/outils: « <i>Norvold Abuse Questionnaire</i> » : mesure des abus durant l'enfance « <i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire</i> » : mesure de la peur de l'accouchement « <i>Edinburgh Depression Scale</i> » : mesure de la dépression</p> <p>Ethique : Etude approuvée par le « Regional Committee for Medical Research Ethics » et le « Norwegian Data Inspectorate » Questionnaires accompagnés d'une lettre d'information et d'un consentement à signer</p>	<p>Recrutement : Toute femme enceinte des 5 services d'obstétrique s'étant rendue à l'échographie de routine de 18 SA.</p> <p>Période et lieu de l'étude : Hôpitaux norvégiens de Oslo, Tromsø, Alesund, Drammen et Trondheim entre janvier 2008 et mars 2009.</p>	<p>Antécédents d'abus dans l'enfance dans la population de l'étude: Aucun : 76% Tous types d'abus : 23.9% Abus sexuel : 12.3%</p> <p>Peur sévère de l'accouchement selon le type d'abus dans l'enfance</p> <p>Pour les primipares : Abus sexuel : OR 1.91 (IC 95% 1.12-3.27) Abus sexuel modéré, contact génital : OR 1.84, 95% CI 0.97-3.50 Abus sexuel sévère avec pénétration : OR 3.45, 95% CI 1.66-7.17</p> <p>Pour multipares : Abus sexuel : OR 1.33 (IC 95% 0.82-2.17) Abus sexuel modéré avec contact génital : OR 1.65 (IC 95% 0.98-2.77) Abus sexuel sévère avec pénétration : OR 1.73 (IC 95% 0.85-3.51)</p> <p>Peur de l'accouchement pour les multipares selon abus (tous types) dans l'enfance ou non et expérience d'accouchement positive ou négative Pas d'abus dans l'enfance et expérience positive de l'accouchement : OR 1 référence Abus dans l'enfance et expérience positive de l'accouchement : OR 1.20 (95% CI 0.90-1.60) Abus dans l'enfance et expérience négative de l'accouchement : OR 5.87 (95% CI 3.19-10.84) Pas d'abus dans l'enfance et expérience négative de l'accouchement : OR 8.95 (95% CI 5</p>	<p>Forces : Représentatif de la population accouchant en Norvège en 2008 par rapport à la moyenne d'âge et à la proportion primipares/multipares. Utilisation d'instruments de mesure validés.</p> <p>Limites : Manque d'informations sur l'âge de la femme lors des abus ainsi que sur la durée de ceux-ci. Faible taux de réponse (environ 50%). Comparé aux statistiques nationales, plus de femmes avec partenaires ont pris part à l'étude.</p>

Titre: Obstetric Outcomes of Mothers Previously Exposed to Sexual Violence

Auteurs : Gisladdottir, A., Luque-Fernandez, M.A., Harlow, B.L., Gudmundsdottir, B., Jonsdottir, E., Bjarnadottir, R.I., Hauksdottir, A., Aspelund, T., Cnattingius, S. & Valdimarsdottir, U.A. (2016).

Journal: Public Library of Science One

Objectif: Investiguer dans quelle mesure les issues obstétricales des femmes ayant été exposées à des violences sexuelles à l'adolescence (12-19 ans) ou à l'âge adulte diffèrent de celles des femmes n'ayant jamais subi de telles violences.

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : Étude de cohorte prospective</p> <p>Echantillon : 9126 accouchements de femmes sans antécédents de violences sexuelles et 1068 accouchements de femmes avec antécédents de violences sexuelles</p> <p>VI : Age, parité et saison de l'accouchement, emplois, statut marital, lieu d'accouchement, âge au moment de l'abus, temps entre l'abus et l'accouchement.</p> <p>VD : Antécédents de violences sexuelles, issues obstétricales.</p> <p>Critères d'inclusion : Accouchement avant le 31 décembre 2012, s'être présentée au service Rape Trauma Service (RTS) entre 1993 et 2011, grossesse unique.</p> <p>Mesures / Outils : Registres des naissance islandais (IBR) et du RTS. Codes International Classification of Diseases (ICD) et NOMESCO Classification of Surgical Procedures (NCSP).</p> <p>Ethique: Etude acceptée par le « National Bioethics Committee », le « Data Protection Authority », le « Landspítali » et le « Directorate of Health »</p> <p>Données analysées de manière anonyme</p>	<p>Recrutement :</p> <p><i>Groupe non-exposé :</i> Toutes les femmes figurant dans le registre médical des naissances en Islande.</p> <p><i>Groupe exposé :</i> Toute femme figurant dans le registre médical des naissances en Islande s'étant présentée au RTS (Rape Trauma Service)</p> <p>Période et lieu de l'étude : Islande 1993-2012</p>	<p>Antécédents de violences sexuelles dans la population de l'étude:</p> <p>Non exposées : 89.5%</p> <p>Exposées: 10.5%</p> <p>Comparaison des issues du travail entre les femmes exposées aux violences sexuelles et celles non exposées (RRⁱ = associé avec âge, parité, saison de l'accouchement)</p> <p>Dystocie du travail : RRⁱ 1.18 (95% CI 0.96-1.47)</p> <p>Première phase du travail prolongée : RRⁱ 1.40 (95% CI 1.03-1.88)</p> <p>Deuxième phase du travail prolongée : RRⁱ 1.07 (95% CI 0.77-1.49)</p> <p>Détresse maternelle pendant le travail et l'accouchement : RRⁱ 1.68 (95% CI 1.01-2.79)</p> <p>Comparaison des issues du travail entre les femmes exposées aux violences sexuelles et celles non exposées stratifié par l'âge au moment de la consultation au RTS</p> <p>Dystocie du travail : < 20 ans : RR 1.29 (95% CI 1.01 – 1.65) ≥ 20 ans RR 0.99 (95% CI 0.67-1.46)</p> <p>Première phase du travail prolongée : < 20 ans : RR 1.61 (95% CI 1.14 – 2.28) ≥ 20 ans RR 1.05 (95% CI 0.62-1.79)</p> <p>Deuxième phase du travail prolongée : < 20 ans : RR 1.01 (95% CI 0.68 – 1.51) ≥ 20ans RR 1.17 (95% CI 0.69-1.99)</p> <p>Détresse maternelle pendant le travail et l'accouchement : < 20 ans : RR 2.02 (95% CI 1.12 – 3.64) ≥ 20 ans RR 1.14 (95% CI 0.47-2.78)</p> <p>Comparaison des interventions durant l'accouchement entre les femmes exposées aux violences sexuelles et celles non exposées (RRⁱ = associé avec âge, parité, saison de l'accouchement)</p> <p>Césariennes en urgence : RRⁱ 1.18 (95% CI 0.97-1.44)</p> <p>Instrumentations : RRⁱ 1.13 (95% CI 0.91-1.40)</p> <p>Instrumentations en urgence : RRⁱ 1.16 (95% CI 1.00-1.34)</p> <p>Comparaison des interventions durant l'accouchement entre les femmes exposées aux violences sexuelles et celles non exposées stratifié par l'âge au moment de la consultation au RTS</p> <p>Césariennes en urgence : < 20 ans : RR 1.15 (95% CI 0.89 – 1.49) ≥ 20 ans RR 1.23 (95% CI 0.91-1.65)</p> <p>Instrumentations : < 20 ans : RR 1.29 (95% CI 1.00 – 1.66) ≥ 20 ans RR 0.88 (95% CI 0.61-1.28)</p> <p>Instrumentations en urgence : < 20 ans : RR 1.21 (95% CI 1.02 – 1.44) ≥ 20 ans RR 1.07 (95% CI 0.85-1.36)</p>	<p>Forces :</p> <p>Récolte de donnée basée sur des registres remplis par des professionnelles de la santé</p> <p>Limites :</p> <p>Le groupe de femmes non-exposées peut contenir des femmes victimes de violences sexuelles sans s'être rendues au RTS. Toutes les femmes victimes de violences sexuelles ont parlé, demandé et obtenu de l'aide suite à leur expérience. Le tabac et l'IMC ne sont pas enregistrés dans le IBR. Petit échantillon qui ne permet pas de détecter des différences entre les groupes pour les issues rares.</p>

Titre: A feminist narrative study of the maternity care experiences of women who were sexually abused in childhood

Auteurs : Montgomery, E., Pope, C. & Rogers, J. (2014). **Journal :** Midwifery

Objectif: Modifier les pratiques en explorant l'impact des abus sexuels dans l'enfance sur le vécu de la prise en charge en maternité chez la femme adulte.

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : Etude qualitative</p> <p>Échantillon : 9 femmes entre 28 et 52 ans ayant eu au minimum un enfant.</p> <p>VI : Le vécu de la maternité, le contexte de la prise en soins en maternité, la perception de soi, la relation aux autres.</p> <p>VD : Abus sexuels dans l'enfance et vécu de la prise en charge en maternité.</p> <p>Critères d'inclusion : Femmes ayant fait l'expérience d'une prise en charge en maternité au sein du service local, ayant eu une expérience sexuelle non désirée ayant débuté avant leur 16^{ème} anniversaire, ayant plus de 18 ans au moment de l'étude.</p> <p>Critères d'exclusion : Niveau d'anglais insuffisant.</p> <p>Mesures/outils : Entretien individuel.</p> <p>Ethique : Étude approuvée par le comité d'éthique de recherche local. Consentement signé avant les entretiens</p>	<p>Phase 1 : Questionnaire de présélection disponible dans différents lieux de soins.</p> <p>Phase 2 : Prise de contact et prise de RDV.</p> <p>Phase 3 : Entretiens individuels entre 60 et 90 minutes, lieux choisis par les participantes.</p> <p>Période et lieu de l'étude : Sud de l'Angleterre entre novembre 2008 et mars 2011.</p>	<p>La relation aux autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentiments de solitude et d'absence de soutien • Difficulté d'établir un lien de confiance avec des étrangers • L'agresseur est souvent une personne proche censée prendre soin de la victime • Méfiance à l'égard du personnel soignant, prise en soin complexifiée • Situations entraînant des sentiments de vulnérabilité, perte de contrôle et d'impuissance <p>Le contexte de la prise en soin en maternité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les parturientes ne souhaitent pas surcharger les sages-femmes en s'ouvrant sur ces antécédents • Réticence du personnel soignant à ouvrir la « boîte de Pandore », crainte de l'investissement nécessaire <p>Vécu de la maternité</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'impact du silence est déterminant notamment dans le vécu des soins prodigués • Vécu des prises en soin la plupart du temps compliqué, indépendamment de la révélation du trauma et du lien de confiance avec le soignant • Expérience de l'accouchement peut se révéler être une réminiscence de l'abus vécu et réactiver le trauma 	<p>Forces : Pas de conflits d'intérêts</p> <p>Limites : Tabou des violences sexuelles et impact émotionnel. Population difficile à atteindre</p>

Titre: Pregnancy and Childbirth After Sexual Trauma

Auteurs : Sobel, L., O'Rourke-Suchoff, D., Holland, E., Remis, K., Resnick, K., Perkins, R., & Bell, S. (2018). **Journal :** Obstetrics & Gynecology

Objectif: Explorer les expériences et préférences durant la grossesse et l'accouchement des femmes avec un antécédent de traumatisme sexuel, dans le but d'identifier les pratiques de soins en lien avec ces traumas que les soignants peuvent utiliser pour améliorer les soins obstétricaux de cette population.

Méthode	Procédure	Résultats principaux	Forces et limites
<p>Design : Etude qualitative</p> <p>Échantillon : 20 femmes avec antécédents de traumatisme sexuel et 10 femmes sans.</p> <p>Critères d'inclusion : 18 ans ou plus, anglophone, donné naissance au cours des trois dernières années, s'être identifiée comme ayant vécu des violences sexuelles, abus sexuel ou viol. Pour le groupe sans antécédents de traumatisme ; les 3 premiers critères ont été utilisés.</p> <p>Mesure/outils : Entrevues semi-structurées avec un guide d'entretien qualitatif comprenant 4 catégories principales : expérience du travail et de l'accouchement, humeur et adaptation, effet potentiel du traumatisme sexuel passé et actions des soignants. Données analysées selon une méthodologie inductive à l'aide d'un livre de codes élaboré par 5 chercheurs. Une fois le codage terminé analyse thématique à l'aide de NVIVO 11</p> <p>Ethique: Consentement éclairé récolté avant chaque entretien</p>	<p>Recrutement : Par le biais de flyers, par le personnel soignant d'obstétrique et d'anciens participants.</p> <p>Phase 1 : Entretien individuel semi-structuré d'une heure, mené par une assistante de recherche de sexe féminin, non impliquée dans les soins des participantes</p> <p>Période et lieu de l'étude : Boston Massachusetts, septembre 2015 et décembre 2017</p>	<p>Touchers vaginaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Provoquent anxiété, peur ou flashbacks • Besoin que le personnel reconnaisse que ce geste peut être physiquement et psychologiquement difficile • Besoin d'explications claires sur les raisons du geste • Association temporelle inverse entre le traumatisme sexuel et la capacité à tolérer le geste • Besoin de contrôle sur le début et la fin du geste et sur les personnes présentes <p>Langage du personnel soignant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'un langage avec formulation positive • Nécessité d'éviter un langage stressant <p>Exposition du corps</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anxiété liée à l'exposition du corps pendant le travail et l'accouchement • Besoin d'avoir le contrôle sur les personnes présentes et entrant dans la salle • Besoin d'avoir le contrôle sur l'exposition de leur corps <p>Soignants de sexe masculin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avis différents selon les participantes, préférence globale pour un soignant de sexe féminin • Si personnel soignant masculin, la présence d'un proche et l'expérience du soignant sont des facteurs atténuants • Souhait de pouvoir s'exprimer sur leur préférence quant au genre du soignant 	<p>Forces : Échantillon relativement large pour une étude qualitative, ciblé sur l'expérience de la naissance, les besoins et préférences des femmes avec antécédents de traumatismes sexuels et l'utilisation d'un groupe de comparaison pour limiter les fausses conclusions.</p> <p>Limites : Biais de sélection et contrainte géographique de toute étude qualitative. Les femmes choisissant de participer à cette étude peuvent différer de celle ne souhaitant pas participer ce qui limite la généralisation des résultats. Des différences sont mises en évidence en ce qui concerne la consommation de substances ainsi que le statut conjugal entre les deux groupes témoins. A l'exception de l'allaitement, cette étude se limite à la période prénatale et intrapartum</p>

7. Articulation des résultats par thématique

7.1. Déroulement de l'accouchement

Notre premier questionnaire, à savoir l'impact des violences sexuelles sur le déroulement de l'accouchement, n'obtient des éléments de réponse que par l'article de Gisladdottir et al. (2016). Ces derniers sont relatés et catégorisés ci-dessous et seront comparés avec d'autres études lors de la discussion.

7.1.1. Travail dystocique

Première et seconde phases confondues

Selon Gisladdottir et al. (2016), le risque de dystocie du travail (première et seconde phase confondues) n'est pas significativement augmenté chez les femmes exposées aux violences (RR¹ 1.18 ; 95% CI 0.96-1.47) en comparaison avec le groupe non exposé.

Lorsque l'âge de consultation au « Rape Trauma Service » (RTS) est pris en compte, ce risque est augmenté chez les patientes ayant consulté avant l'âge de 20 ans (RR 1.29 ; 95% CI 1.01 – 1.65) alors que ce n'est pas le cas pour les patientes ayant consulté plus tard (RR 0.99 ; 95% CI 0.67-1.46).

Lorsque les dystocies sont divisées selon la première et la seconde phase du travail, les résultats diffèrent.

Première phase

Le risque que la première phase du travail soit prolongée, selon Gisladdottir et al. (2016), est significativement augmenté chez les femmes exposées (RR¹ 1.40 ; 95% CI 1.03-1.88). Ces risques restent significatifs pour les femmes ayant consulté avant l'âge de 20 ans (RR 1.61 ; 95% CI 1.14 – 2.28) alors que ce n'est pas le cas pour celles ayant consulté après cet âge (RR 1.05 ; 95% CI 0.62-1.79).

Deuxième phase

Quant à la seconde phase du travail prolongée, il n'apparaît aucune augmentation de risque significatif, que ces résultats soient stratifiés ou non selon l'âge au moment de la consultation au RTS (RR¹ 1.07 ; 95% CI 0.77-1.49 ; < 20 ans : RR 1.01 ; 95% CI 0.68-1.51 ; ≥ 20ans RR 1.17 ; 95% CI 0.69-1.99) (Gisladottir et al., 2016).

7.1.2. Interventions lors de la deuxième phase

Instrumentations

D'après Gisladottir et al. (2016), les femmes exposées aux violences sexuelles n'ont pas de risque significativement augmenté d'avoir une instrumentation lors de l'accouchement, que ce soit en urgence (RR¹ 1.16 ; 95% CI 1.00-1.34) ou non (RR¹ 1.13 ; 95% CI 0.91-1.40).

Le risque d'instrumentation en urgence chez les femmes exposées ayant consulté avant l'âge de 20 ans est significativement augmenté (< 20 ans : RR 1.21 ; 95% CI 1.02 – 1.44) alors que ce n'est le cas ni pour les femmes ayant consulté plus tard (RR 1.07 ; 95% CI 0.85-1.36) ni lors d'instrumentation non urgente (< 20 ans : RR 1.29 ; 95% CI 1.00 – 1.66) ≥ 20 ans RR 0.88 ; 95% CI 0.61-1.28).

Césarienne

Selon Gisladottir et al. (2016), le risque de césarienne en urgence chez les femmes exposées n'est pas significativement augmenté (RR¹ 1.18 ; 95% CI 0.97-1.44). Lorsque l'âge de consultation au RTS est pris en compte les résultats sont similaires (< 20 ans : RR 1.15 ; 95% CI 0.89 – 1.49 ; ≥ 20 ans RR 1.23 ; 95% CI 0.91-1.65).

7.2. Vécu de l'accouchement

Les résultats concernant cette variable sont répertoriés selon les catégories élaborées au chapitre 2.3. dans le cadre théorique.

7.2.1. Facteurs influençants

Selon Montgomery et al. (2014), les parturientes ayant vécu un traumatisme sexuel se sentent seules et dépourvues de soutien. Il est plus complexe pour elles d'établir un lien de confiance avec des inconnus. Au vu du contexte de l'agression, souvent commise par quelqu'un supposé prendre soin d'elles, il est également plus difficile d'accepter le rôle du personnel soignant. La prise en soin s'en retrouve donc complexifiée, et ceci indépendamment du lien de confiance établi.

Montgomery et al. (2014) expliquent l'absence de révélation des antécédents d'abus sexuels par la crainte des parturientes de surcharger le personnel d'une part, et par la réticence de ce dernier à explorer ce sujet en raison de la peur de l'investissement qui peut en découler d'autre part. Ils soulignent d'ailleurs que l'impact de ce silence se révèle déterminant dans le vécu des soins prodigués. Cependant, indépendamment de la révélation, l'accompagnement reste la plupart du temps difficile.

Sobel et al. (2018) mettent en évidence différents éléments dans le rôle du personnel soignant susceptibles d'influencer le vécu de l'accouchement. En effet, l'utilisation d'un langage positif et non stressant permettrait d'éviter le souvenir du traumatisme. Une forte préférence pour un soignant de sexe féminin est soulignée par Sobel et al. (2018). Cependant, si ce dernier est un homme, son expérience professionnelle et la présence d'un proche sont des facteurs atténuants. En ce qui concerne les touchers vaginaux, ces femmes expriment un besoin de reconnaissance de la part des soignants de la difficulté physique et psychologique que peut représenter ce geste, et elles demandent des explications claires sur ce dernier (Sobel et al., 2018).

7.2.2. Mémoire traumatique

Montgomery et al. (2014) notent que l'expérience de l'accouchement peut déclencher une réminiscence du traumatisme. Sobel et al. (2018) précisent l'impact des touchers vaginaux en décrivant l'apparition d'anxiété, de peur ou de flashbacks. Ils ont notamment observé que plus le laps de temps depuis l'événement traumatique est long, moins l'impact de

celui-ci est grand. L'exposition du corps pendant le travail et l'accouchement est décrite par Sobel et al. (2018) comme un élément anxiogène.

7.2.3. Stratégies de coping

L'expérience de l'accouchement, selon Montgomery et al. (2014), engendre des sentiments de vulnérabilité, d'impuissance et de perte de contrôle. Sobel et al. (2018), quant à eux, mettent en évidence un besoin de contrôle des parturientes victimes d'abus sexuels sur différents aspects de la prise en soin, la présence de tiers dans la salle, l'exposition de leur corps et les touchers vaginaux.

7.3. Peur de l'accouchement

Selon Lukasse et al. (2010), les femmes primipares ayant vécu un abus sexuel dans l'enfance ont un risque significativement augmenté de présenter une peur sévère de l'accouchement, tous types d'abus confondus (OR 1.91 ; IC 95% 1.12-3.27). D'après Henriksen, Schei et Lukasse (2016), les femmes nullipares ayant des antécédents de violences sexuelles anciennes ou récentes ont également un risque significativement augmenté d'avoir peur de l'accouchement (violences sexuelles anciennes : OR 1.4 ; IC 95% 2.3-2.5 ; récentes OR 2.2 ; IC 95% 1.7-2.7), ce qui rejoint les résultats de Lukasse et al. (2010).

Par ailleurs, selon Henriksen et al. (2016), ce risque est significativement augmenté quel que soit le degré de violence subie (léger : OR 1.3 ; IC 95% 1.2-1.4 ; modéré : OR 1.2 ; IC 95% 1.1-1.4 ; sévère : OR 2.1 ; IC 95% 1.9-2.4) alors que, d'après Lukasse et al. (2010), seuls les abus sévères avec pénétration augmentent significativement le risque d'une peur de l'accouchement (OR 3.45 ; 95% CI 1.66-7.17). En effet, ce risque suite à des abus sexuels modérés avec contact génital n'est pas significatif (OR 1.84 ; 95% IC 0.97-3.50).

D'après Lukasse et al. (2010), le risque de peur sévère de l'accouchement n'est pas significativement augmenté chez les femmes multipares ayant vécu des abus dans l'enfance (OR 1.33 ; IC 95% 0.82-2.17) que ce soit un abus sexuel modéré (OR 1.65 ; IC

95% 0.98-2.77) ou sévère (OR 1.73 ; IC 95% 0.85-3.51). A l'inverse, Henriksen et al. (2016) mettent en évidence un risque de peur de l'accouchement significativement augmenté chez les femmes multipares ayant des antécédents de violences sexuelles anciennes (OR 1.3 ; IC 95% 1.2-1.4) ou récentes (OR 1.3 ; IC 95% 1.1-1.7). Il en va de même pour les différents degrés de violence, à savoir, léger (OR 1.2 ; IC 95% 1.1-1.3), modéré (OR 1.5 ; IC 95% 1.3-1.7) ou sévère (OR 1.5 ; IC 95% 1.3-1.7).

Lukasse et al. (2010) amènent ensuite une autre composante qui est celle de l'influence de l'expérience de l'accouchement, à savoir positive ou négative. Ils mettent en évidence que les femmes multipares ayant vécu des abus dans l'enfance mais ayant une expérience d'accouchement positive n'ont pas de risque significativement augmenté de ressentir une peur de l'accouchement (OR 1.20 ; 95% IC 0.90 – 1.60). Cependant, si leur expérience de l'accouchement est négative, ce risque se retrouve significativement augmenté (OR 5.87 ; 95% IC 3.19 – 10.84). En revanche, une femme multipare n'ayant pas vécu d'abus dans l'enfance mais ayant eu une expérience négative de l'accouchement a un risque de présenter une peur de l'accouchement non seulement significativement augmenté mais aussi plus élevé (OR 8.95 ; 95% IC 5.72 – 14.01).

8. Discussion

Dans cette revue de littérature, un article répond à notre première variable dépendante, deux articles à la seconde, et deux autres à la troisième. Afin d'étayer ces réponses et d'apporter un regard critique, il est intéressant de les confronter aux résultats et conclusions d'autres auteurs.

8.1. Impact sur le déroulement de l'accouchement

Concernant les dystocies du travail, Gisladdottir et al. (2016) distinguent la première et la seconde phase du travail. Ils mettent en évidence que le risque de prolongation de la première phase est multiplié par 1.4 chez les femmes ayant subi des abus sexuels tous groupes confondus. Ces résultats sont corroborés par Nerum et al. (2009) qui rapportent une prolongation de la deuxième phase du travail chez le même type de population. Il nous semble pertinent de relever que dans la stratégie de coping de type « fighting » décrit par Rhodes et Hutchinson (1994) et développé au chapitre 2.3.3., on observe une augmentation des stagnations durant le travail ainsi que des risques accrus d'instrumentation, en opposition à la stratégie dite « taking control », qui elle aurait plutôt tendance à « expédier » le travail de l'accouchement et à raccourcir la durée de celui-ci.

Néanmoins, lorsque l'âge de consultation est pris en compte, ce risque n'est plus significatif pour les femmes ayant consulté après 20 ans. La deuxième phase quant à elle ne serait pas augmentée quel que soit l'âge de consultation (Gisladdottir et al., 2016). Ce constat serait confirmé par Henriksen et al. (2014), sans faire de distinction entre les différentes phases du travail.

8.2. Impact sur les interventions

Henriksen et al. (2014) mettent en évidence un risque diminué d'instrumentation chez les multipares présentant des antécédents d'abus sexuels de type modéré. Quant à Nerum et al. (2009), dans le groupe de femmes ayant été violées, ils observent également une augmentation des instrumentations en comparaison avec le groupe de femmes sans

antécédents. Les résultats de Gisladdottir et al. (2016) s'opposent à ces derniers : ils ne constatent aucune incidence des antécédents de violences sexuelles sur les instrumentations, hormis une légère augmentation en urgence chez les parturientes ayant consulté le RTS avant l'âge de 20 ans. Leeners et al. (2006) vont dans le même sens en ne relevant aucune différence pour la prévalence de l'utilisation de forceps ou de ventouse.

Dans le contexte des femmes ayant subi des violences sexuelles modérées, Henriksen et al. (2014) relèvent une prédisposition au recours à une césarienne en urgence. Schei et al. (2014) notent ainsi, au sein du groupe de multipares présentant des antécédents d'abus sexuels modérés ou sévères, une augmentation du nombre de césariennes en urgence. Cependant, l'étude menée par Gisladdottir et al. (2016) ainsi que les résultats de Leeners et al. (2006) contredisent ces conclusions. Effectivement, ceux-ci ne démontrent pas d'augmentation des césariennes en urgence chez les patientes présentant de tels antécédents.

8.3. Impact sur le vécu de l'accouchement

L'expérience de l'accouchement englobe aussi bien les facteurs intrinsèques - liés à la parturiente - que les facteurs extrinsèques - environnement et personnel soignant.

Montgomery et al. (2014) mettent en lumière l'accouchement comme réactivateur d'un trauma ancien ou déclencheur d'une réminiscence. En effet, Salmona (2008) détaille quelques facteurs activateurs de ces souvenirs, notamment les examens gynécologiques, les stimuli douloureux, ou toute situation rappelant le traumatisme. Ces éléments peuvent être mis en lien avec les résultats de l'étude de Sobel et al. (2018) qui relèvent la peur, l'anxiété et les reviviscences suscitées par les touchers vaginaux. Par ailleurs, les éléments apportés par Leeners et al. (2006) confirment ce constat. Ils l'expliquent par l'implication des mêmes zones (muscles et organes génitaux), à la fois pendant l'accouchement et au moment de l'abus. L'un comme l'autre touchent également à l'estime de soi et à la confiance dans la relation à l'autre (Leeners et al., 2006).

Montgomery (2013) renforce ce constat en ajoutant la notion de vulnérabilité, qui peut être accrue lorsque la patiente se trouve en position couchée face à son interlocuteur - potentiellement le soignant. Elle explique que ce sentiment de vulnérabilité est intimement lié à celui d'insécurité.

Or une certaine difficulté pour ces femmes d'établir un lien de confiance avec le personnel soignant est décrite par Montgomery et al. (2014), qui l'expliquent par la reproduction d'un schéma au sein duquel les personnes supposées prendre soin d'elles se sont révélées par le passé être des agresseurs. Montgomery (2013) met en avant l'importance d'une relation avec les soignants basée sur la confiance, ceci afin d'accroître un sentiment de sécurité et par conséquent de favoriser pour ces femmes une expérience positive de l'accouchement. Cette relation de confiance leur permettrait également, selon Sobel et al. (2018), de s'ouvrir auprès des soignants sur leurs antécédents.

Montgomery et al. (2014) relèvent les potentielles similarités entre les situations vécues dans l'enfance et l'accouchement qui pourraient renvoyer les parturientes à un sentiment de perte de contrôle. Ce dernier, selon Montgomery (2013), pourrait potentiellement créer plus de détresse que les actes eux-mêmes et la manière dont ils sont pratiqués. Elle souligne le caractère primordial du sentiment de sécurité chez ces patientes, passant entre autres par cette notion de contrôle. Dans l'étude de Sobel et al. (2018), les femmes interviewées expriment ce même besoin de façon exacerbée.

La nécessité de garder le contrôle chez des patientes victimes d'abus peut être accueillie et soutenue par le personnel soignant à travers différentes actions. Effectivement, Sobel et al. (2018) amènent des éléments spécifiques auxquels être attentifs dans la prise en charge de ces femmes, tels que le contrôle des points suivants : les personnes présentes lors d'examens vaginaux, le début et la fin du geste, l'exposition de leur corps et le sexe des donneurs de soin. La rédaction d'un plan de naissance détaillé est citée par Sobel et al. (2018) ainsi que Montgomery (2013) comme un moyen de favoriser un sentiment de contrôle. LoGiudice et Beck (2016) vont dans le même sens en expliquant la nécessité pour ces femmes d'un projet de naissance, la présence de personnel soignant exclusivement féminin, et la volonté d'un suivi sage-femme.

Rhodes et Hutchinson (1994) amènent des éléments supplémentaires à propos de cette notion de contrôle. En effet, les parturientes font part du sentiment de voir leur corps hors de leur contrôle et de se voir dépendantes des autres durant le travail de l'accouchement, ce qui les ramènerait aux abus vécus (Rhodes & Hutchinson, 1994). Ceci expliquerait, entre autres, la mise en place de la stratégie de coping nommée « taking control », au cours de laquelle la femme combat son impuissance et sa crainte de perdre le contrôle qu'elle a précédemment expérimenté au cours des violences subies dans le passé (Rhodes & Hutchinson, 1994).

8.4. Impact sur la peur de l'accouchement

La plupart des femmes craignent l'accouchement, mais Schroll et al. (2011) rapportent une peur de l'accouchement sévère chez 6 à 16% des femmes. Lukasse et al. (2010) mettent en évidence que lors d'antécédents d'abus sexuels dans l'enfance, le risque de souffrir d'une peur de l'accouchement est presque deux fois plus élevé chez les primipares. Par ailleurs, l'étude menée par Heimstad et al. (2006) abordant la problématique des abus sexuels dans l'enfance et la peur de l'accouchement confirme cette hypothèse. Elle amène une distinction entre les abus vécus dans l'enfance et ceux subis à l'âge adulte, en démontrant que ces derniers n'auraient pas d'impact. Schroll et al. (2011) quant à eux rapportent une augmentation de la peur de l'accouchement de 1.5 chez les femmes ayant subi des abus durant leur vie, tous âges confondus.

Lukasse et al. (2010) ainsi que Henriksen et al. (2016) nuancent ces résultats selon la sévérité des abus. En effet, dans le cas des abus sévères (avec pénétration), les risques s'en trouvent nettement augmentés. Henriksen et al. (2016) amènent également la notion de temps écoulé entre le moment de l'abus et l'expérience de la grossesse. Il en résulte que lors d'abus anciens, l'impact serait moindre que lors d'abus récents.

Ces résultats démontrent que selon certains critères, les antécédents de violences sexuelles ont effectivement un impact sur la peur de l'accouchement. Si l'on reprend les notions apportées par Räsänen et al. (2014) dans notre cadre théorique, la peur de l'accouchement augmenterait le taux de césariennes. Saisto et Halmesmäki (2003) précisent que cette peur serait responsable jusqu'à un cinquième des demandes de

césarienne électorive, et Alehagen et al. (2005) décrivent une prolongation de la deuxième phase du travail chez les patientes sans analgésie péridurale. Ceci laisse supposer que deux de nos variables, à savoir le déroulement et la peur de l'accouchement, pourraient être étroitement liées. Selon Schroll et al. (2011), la peur de l'accouchement de manière générale serait associée à une augmentation des césariennes électorives, césariennes en urgence, dystocies et travail prolongé.

Concernant les femmes multipares, le vécu du premier accouchement revêt une importance non négligeable. Lukasse et al. (2010) mettent en évidence que lorsqu'il y a un antécédent d'abus dans l'enfance ainsi qu'une expérience négative d'un précédent accouchement, le risque de peur de l'accouchement est presque six fois plus important. Cependant lorsque l'expérience passée était positive, ce risque ne se retrouve pas augmenté.

8.5. Forces et limites

8.5.1. Littérature

Au fur et à mesure de nos recherches et analyses, nous avons mis en évidence différentes forces et limites. Au départ, la quantité de littérature récoltée nous a semblé riche; en effet, nous n'avons pas été restreintes dans nos choix par une quantité d'articles limitée, même avec le critère de publication dans les dix dernières années. Cela nous a menées à la lecture et l'analyse de nombreux articles qui nous ont permis d'améliorer notre sens critique et d'étayer nos connaissances et ressources pour la suite de notre travail. Cependant, cela nous a aussi permis de réaliser que le nombre d'articles fiables et pertinents était plus restreint.

Lors de notre sélection d'articles, nous avons été attentives au fait d'intégrer des études qualitatives et quantitatives afin de varier les approches. Nos choix se concentrent principalement sur des études menées dans des pays nordiques. C'est une force et une limite à la fois: ces pays, d'un point de vue économique et sanitaire, sont plutôt similaires au nôtre tout en étant socialement et culturellement différents.

Nous avons noté des définitions variables des violences sexuelles d'un article à l'autre, ainsi qu'une différence faite entre les abus dans l'enfance et à l'âge adulte. Ce n'est pas le cas dans notre travail ; il est donc possible que les résultats eussent été différents si nous avions fait cette distinction.

Chacune des études sélectionnées ont été acceptées par un comité d'éthique. Les deux études qualitatives comprenaient des entretiens individuels, et les thèmes abordés pouvaient évidemment raviver des souvenirs. Les auteurs ont donc mis à disposition des participantes des ressources en matière de soutien psychologique. D'un point de vue éthique, ceci nous semble être une des forces de ces études.

Enfin, le thème des violences sexuelles reste encore tabou. Amnesty International (2019) mettait en évidence qu'en Suisse, 49% des victimes n'en parlent pas. Ceci représente donc un biais important dans les résultats de nos recherches.

8.5.2. Pertinence du sujet

L'une des forces de notre travail, comme explicité au début de celui-ci, est la grande population concernée par notre thématique. A la suite de nos lectures, nous avons été plus attentives aux prises en soin dans notre pratique et avons constaté l'absence de ressources à ce sujet. Notre travail nous paraît d'autant plus pertinent que chacun de nos articles met en évidence cette nécessité d'une sensibilisation du personnel soignant.

8.5.3. Processus du travail

Dans notre souhait d'aborder la problématique dans une certaine globalité, nous avons rencontré la difficulté de construire une question de recherche très spécifique. C'est une limite importante de notre travail car il en découle une complication dans l'articulation des articles, ceux-ci n'abordant pas toutes nos variables simultanément. De ce fait, l'impact des résultats perd de sa valeur.

Il s'agit d'une première revue de littérature pour chacune d'entre nous. Nous sommes donc conscientes de notre manque d'expérience en la matière, ce qui constitue une limite supplémentaire.

L'une des grandes forces de notre travail a été notre dynamique de groupe. Effectivement, nous avons su nous adapter aux contraintes professionnelles et personnelles de chacune en mettant tout en oeuvre pour fournir un travail pertinent et de qualité. Notre capacité d'écoute et de remise en question nous a permis de confronter nos idées et de co-construire un travail bien plus riche que s'il avait été rédigé de manière individuelle.

8.5.4. Propositions de nouvelles recherches

Parmi les résultats, les notions du silence et de la révélation du traumatisme sont mentionnées comme ayant un impact sur le vécu de l'accouchement. Il serait judicieux de s'interroger sur les moyens de dépistage et de prise en soins existants et d'évaluer leur pertinence afin de pouvoir les optimiser.

De plus, dans des établissements appliquant des mesures en lien avec cette thématique, il serait intéressant d'analyser l'impact de celles-ci sur les différentes issues et le vécu de l'accouchement, et ainsi d'évaluer leur relevance.

Il est mis en évidence un possible lien entre la peur de l'accouchement et le déroulement de celui-ci. Une revue de la littérature dans le but d'explorer leur association tout en incluant la notion de violences sexuelles permettrait de compléter nos résultats et d'approfondir les propositions de prises en soin liées à la peur de l'accouchement.

Finalement, dans les différents articles étudiés, la place de l'accompagnant-e n'est pas mentionnée. Le rôle de ce dernier pourrait ne pas être négligeable ; il serait important de se questionner sur les attentes et les besoins concrets de la femme durant la grossesse et l'accouchement en lien avec la personne qui l'accompagne, et son impact sur la peur et le vécu de l'accouchement dans un contexte d'antécédent de violence sexuelle.

9. Retour à la pratique

Cette revue de littérature a permis de mettre en avant le rôle crucial que peut jouer le personnel soignant lors de la prise en soins de ces patientes. Les propositions qui en ressortent nous semblent réalistes et applicables à la pratique sage-femme ; en effet, ce sont des mesures pouvant être intégrées à toute prise en charge. L'investissement requis n'est pas négligeable dans un premier temps mais reste moindre une fois ces notions assimilées à la pratique quotidienne. Par ailleurs, l'ampleur de la population concernée et les impacts sur le déroulement, le vécu et la peur de l'accouchement relevés plus haut appuient la pertinence d'un tel engagement.

Ce chapitre est divisé en différentes parties et suggère l'intégration d'une formation destinée aux professionnels ainsi qu'aux étudiants concernés. La collaboration de différents experts est nécessaire à la création d'un tel programme abordant la thématique dans sa globalité – incluant les approches théorique, psychologique ainsi que communicationnelle. C'est pourquoi des pistes sont ici apportées pour la mise en place de cet enseignement et non pas un programme de formation concret.

9.1. Besoins des professionnels

Tout d'abord, il nous semble indispensable de nous pencher sur les besoins des professionnels à propos de l'accompagnement des femmes ayant vécu des violences sexuelles. Montclair (2013) a mené une étude en France dans le but d'estimer les difficultés rencontrées par les gynécologues-obstétriciens/ennes et les sages-femmes dans la prise en soin de ces femmes.

Les résultats nous interpellent et confirment ce que l'on supposait : moins d'un cinquième des professionnels seulement ne se sont jamais retrouvés en difficulté dans de telles situations. Ensuite, presque 95% des personnes interrogées estiment ne pas être suffisamment formées dans ce domaine, et plus de 80% de celles-ci expriment le besoin d'une formation supplémentaire. Parmi les sages-femmes ne s'étant jamais estimées

démunies face à cette problématique, 64.3% souhaiteraient tout de même une formation spécifique (Montclair, 2013).

Etant donné qu'une femme sur cinq est victime de violence sexuelle en Suisse (Amnesty International, 2019), il est évident que cette problématique touche également le personnel soignant féminin. Lors de telles prises en charge, il est possible que leur propre vécu remonte à la surface. C'est pour cette raison que la possibilité d'un soutien psychologique, mise en évidence par Bayle (2004), paraît primordiale.

9.2. Formation des professionnels

L'une des premières approches qui nous semble indispensable est la proposition de formations continues pour le personnel soignant en lien avec l'accompagnement des patientes avec antécédents de violences sexuelles. Ceci tout d'abord dans le but de sensibiliser les participants au nombre important de femmes concernées et aux possibles impacts psychologiques et physiques peripartum. Cela offrirait l'opportunité aux soignants d'explorer leurs propres représentations, d'échanger à ce sujet, de se questionner sur leur pratique et de s'interroger sur des gestes routiniers mais pas anodins. Dans un second temps, l'objectif serait d'apporter des outils concrets afin de permettre aux professionnels de se sentir armés face à ces situations et d'améliorer la prise en soin de toute patiente (avec antécédents connus ou non), l'idée étant de développer des compétences spécifiques à l'accompagnement et non à l'anamnèse et au dépistage des violences. Dans ce sens, les pistes mises en avant par cette revue de littérature sont (Montgomery et al. 2014; Sobel et al. 2018) :

- un soutien du besoin de contrôle par :
 - la possibilité pour la patiente de décider du début et de la fin des touchers vaginaux
 - le fait d'encourager la patiente à exprimer ses souhaits quant aux personnes présentes dans la pièce au moment des touchers vaginaux et tout au long de la prise en charge
 - le respect des besoins de la patiente liés à l'exposition de son corps

- la création d'un lien de confiance par :
 - des explications claires des raisons des touchers vaginaux
 - l'utilisation d'un langage non stressant et de formulations positives
 - la prise en compte des préférences quant au genre du soignant

Cette liste reste incomplète, sachant qu'elle repose sur une revue de littérature de taille réduite. Il serait donc nécessaire d'étayer ces propos en approfondissant des recherches d'études orientées sur ce type de prise en soin.

Etant nous-mêmes en fin de formation initiale sage-femme, nous avons connaissance de la planification des cours existants en lien avec les violences sexuelles. Ces derniers offrent une première sensibilisation à la problématique. Cependant, la place qui leur est donnée ne reflète pas la fréquence à laquelle nous y serons confrontées en pratique. C'est pourquoi l'intégration d'un tel programme dans le cursus, sous forme par exemple de séminaire, nous paraît essentielle, complémentaire et à coup sûr très enrichissante.

9.3. Soutien matériel

En complément à ces formations, un support écrit pourrait être envisagé afin de soutenir et d'encourager les professionnels à optimiser leurs prises en soin. Ce document aurait pour objectif de donner des pistes tout en mettant en avant l'aspect unique de chaque prise en charge et l'importance d'une exploration des besoins propres à chaque femme.

En référence aux résultats de nos recherches, la création d'un lien de confiance avec la parturiente occupe une place primordiale dans le vécu de la prise en soin. Pour favoriser ce dernier, l'utilisation du Calgary-Cambridge paraît pertinente. Ce modèle de prise en charge a pour but « d'améliorer la communication entre les soignants et leurs patients » (S. Racine, document non publié [Support de cours], 25 septembre 2017) en les plaçant au centre de la relation. En considérant le patient comme collaborateur, une co-construction se crée et permet une prise en soin adaptée au rythme de ce dernier. L'utilisation d'un tel schéma associée à une posture d'ouverture peut faciliter l'expression de ses besoins. Le Calgary-Cambridge est donc utile à toute prise en soin et notamment dans le contexte décrit par notre travail.

Les formations continues sur la relation soignant-soigné et la communication déjà existantes contribueraient à l'amélioration de la prise en soin de ces patientes même si elles ne sont pas ciblées sur les violences sexuelles.

9.4. Aspects relationnels

Il est important de préciser qu'un modèle de prise en soin n'est pas suffisant puisqu'il n'existe pas une seule façon d'accompagner la femme indépendamment de ses antécédents. C'est pourquoi il est également nécessaire de développer les compétences relationnelles des soignants, en plus de leur fournir un support axé sur la pratique.

Les éléments apportés par S. Racine (communication personnelle, 25 juin 2020), sage-femme experte de terrain, sont notamment la nécessité de placer la femme au centre de la relation de soin. Elle relève la « toute impuissance » dans laquelle se trouve la femme lors d'un abus sexuel, et l'importance de ne pas reproduire ce schéma lors de l'accouchement. Elle met en avant la considération du corps de l'autre comme son « propre terrain », et souligne l'importance d'une approche centrée sur le respect de ce principe. Elle explique la plus grande difficulté rencontrée par ces femmes à vivre les touchers ainsi qu'à mettre l'enfant au monde, et mentionne notamment l'aspect intrusif du toucher vaginal durant lequel celles-ci se trouvent dans une posture passive. Cet élément est à mettre en lien avec l'idée amenée par notre travail de laisser le contrôle à la parturiente au moment du geste ; cela peut permettre de pallier en partie à cette passivité.

S. Racine (communication personnelle, 25 juin 2020), relève l'importance de favoriser l'expression des besoins profonds de la femme pour lui permettre de se connecter à sa « puissance de femme » et ainsi se réaliser dans son accouchement. Lors d'un antécédent de trauma, il est intéressant de l'amener à repérer ce qu'elle souhaite faire de ce dernier et comment l'utiliser comme ressource au moment de l'accouchement (S. Racine, communication personnelle, 25 juin 2020).

9.5. Enjeux pour la profession sage-femme

Les mesures que l'on propose ici représentent un certain coût et un investissement en matière de temps. Cependant, elles s'inscrivent dans une démarche de prévention de la santé. En effet, le bénéfice d'une expérience positive de l'accouchement sur la peur de celui-ci a été démontrée par Lukasse et al. (2010). De plus, au vu des éléments relevés plus haut, nous pouvons supposer qu'une amélioration de la prise en soin diminuerait la peur de l'accouchement, favoriserait un meilleur vécu et aurait un impact sur les issues obstétricales. Des interventions au niveau de la prévention ont toutes les chances de réduire les coûts de la santé.

De plus, l'application de ces propositions pourrait favoriser le sentiment d'empowerment des parturientes et également celui de compétence du personnel soignant face à ces situations.

Nous sommes conscientes que ces relations de cause à effet ne sont pas démontrées, d'où l'importance et la pertinence de mettre en place ces mesures afin de pouvoir par la suite évaluer leur impact et les optimiser.

9.6. Suites à envisager

Ce retour à la pratique est orienté principalement sur l'accompagnement global et non pas sur le dépistage des violences sexuelles. C'est pour cette raison qu'il paraît nécessaire de signaler certaines pistes à développer. Il serait intéressant de se pencher sur l'efficacité des techniques de dépistage déjà existantes, sur les connaissances des signes d'alerte des différents styles de coping de ces patientes et sur leur prise en charge.

De plus, nos résultats mettent en avant la possibilité de reviviscence des traumatismes lors de l'accouchement. Nous n'avons pas abordé la prise en soin spécifique à ce genre d'événements. Il serait complémentaire de développer, sous la même forme, un soutien et/ou une formation pour que les professionnels se sentent armés dans ces situations.

10. Conclusion

En Suisse, une femme sur cinq a déjà vécu des violences sexuelles (Amnesty International, 2019). Cela signifie que les sages-femmes sont amenées régulièrement à accompagner dans le processus de la naissance et de la parentalité des patientes concernées par cette problématique. Afin de favoriser un accompagnement bienfaisant, juste et respectant l'autonomie de ces femmes, il nous semblait nécessaire, en tant que futures sages-femmes, de nous questionner sur l'impact potentiel de ces violences sexuelles sur le déroulement, le vécu et la peur de l'accouchement.

Concernant le déroulement de l'accouchement d'un point de vue obstétrical, les résultats sont divergents. Ils ne permettent pas d'apporter une réponse claire quant au lien entre dystocies, instrumentations ou césariennes et antécédents de violences sexuelles. Cependant notre revue de littérature met en évidence l'accouchement comme un facteur de stress, d'anxiété et susceptible de provoquer des réminiscences de traumatismes passés (Montgomery et al., 2014; Sobel et al., 2018). De plus, il en ressort un risque de peur de l'accouchement augmenté chez les primipares ayant vécu des violences sexuelles sévères (Henriksen et al. 2016; Lukasse et al., 2010).

Nous sommes conscientes que ces résultats sont à interpréter avec prudence au vu du nombre limité d'articles et de la question de recherche très large. C'est pour cette raison qu'il serait pertinent d'effectuer de nouvelles revues de littérature en abordant le sujet au travers de questionnements plus spécifiques.

Néanmoins, les pistes apportées dans le but d'améliorer la prise en soin semblent applicables à la pratique sage-femme. Dans l'étude de Montclair (2013), 95% des professionnels confient ne pas se sentir suffisamment formés dans ce domaine et parmi eux, plus de 80% ressentent le besoin d'une formation complémentaire. C'est pourquoi nous suggérons la mise en place de formations continues sur cette thématique pour le personnel soignant. D'autre part, l'intégration d'un tel programme à la formation initiale de sage-femme nous semble tout aussi pertinente. Effectivement cela permettrait une amélioration de la prise en soin de toute femme en respectant ses besoins et son parcours de vie.

11. Références bibliographiques¹

Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U. & Wijma, K. (2005). Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26(3), 153-165. doi : 10.1080/01443610400023072

Amnesty International. (s.d.). *Faits et chiffres*. Accès <https://www.amnesty.ch/fr/themes/droits-des-femmes/faits-chiffres-et/faits-et-chiffres>

Amnesty International. (2019). *Les violences sexuelles en Suisse*. Accès <https://www.amnesty.ch/fr/themes/droits-des-femmes/violence-sexuelle/docs/2019/violences-sexuelles-en-suisse>

Amnesty International. (2020). *Causes et conséquences du viol*. Accès <https://www.amnesty.be/campagne/droits-femmes/viol/article/causes-consequences-viol>

Art. 187 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP; RO 54 781). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a187>

Art. 190 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP ; RO 54 781). Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a190>

Bayle, B. (2004). Faut-il dépister les antécédents de traumatisme sexuel lors de la grossesse ? In S. Missonnier, B. Golse & Soulé, M. (Dir.). *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (pp. 495-525). Accès <https://www.cairn.info/grossesse-l-enfant-virtuel-et-la-parentalite--9782130545316-page-495.htm>

¹ Utilisation de la 6^e édition du guide de « Présentation des citations et références bibliographiques (style APA) » (HEdS Genève, document non publié, 2018)

- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concept, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83. Accès https://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf
- Centre national de ressources textuelles et lexicales. (s.d.). *Accouchement: définition*. Accès <https://cnrtl.fr/definition/accouchement>
- Espace Ethique Languedoc-Roussillon. (2015). *Petit guide d'éthique clinique à l'usage des professionnels du soin* [Brochure]. Accès <http://espace-ethique-lr.org/wp-content/uploads/2016/01/petit-guide-d%C3%A9thique-clinique-Espace-%C3%A9thique-LR.pdf>
- Gaucherand, P. (2017). Accouchement dystocique. In J. Lansac, P. Descamps & F. Goffinet (Ed.), *Pratique de l'accouchement* (6e éd.) (pp. 175-184). Accès <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74776-2.00013-0>
- Gigandet, M., Seitenfus, L., Terzidis, A. & Vasconcelos, M. L. (2017). *Violences sexuelles contre les femmes que faire?* [Brochure]. Accès <https://www.ge.ch/document/violences-sexuelles-contre-femmes-que-faire-violence-est-inacceptable-2017/telecharger>
- Gisladottir, A., Luque-Fernandez, M. A., Harlow, B. L., Gudmundsdottir, B., Jonsdottir, E., Bjarnadottir, R. I., Hauksdottir, A., Aspelund, T., Cnattingius, S. & Vladimarsdottir, U. A. (2016). Obstetric outcomes of mothers previously exposed to sexual violence. *Public Library of Science One*, 11(3), 1-12. doi : 10.1371/journal.pone.0150726
- Green, J. M. & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor : concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30 (4), 235-247. doi : 10.1046/j.1523-536x.2003.00253.x
- Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E., & Schei, B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: implications for pregnancy and delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 435-440. doi: 10.1080/00016340500432507

- Henriksen, L., Schei, B., Vangen, S. & Lukasse, M. (2014). Sexual violence and mode of delivery : a population-based cohort study. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(10), 1237-1244. doi : 10.1111/1471-0528.12923
- Henriksen, L., Schei, B. & Lukasse, M. (2016). Lifetime sexual violence and childbirth expectations – A Norwegian population based cohort study. *Midwifery*, 36, 14-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.02.018>
- Hofberg, K. & Brockington, I. (2000). Tokophobia : an unreasoning dread of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85. doi : 10.1192/bjp.176.1.83
- International Confederation of Midwives. (2014a). *Philosophy and model of midwifery care*. Accès <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2014b). *International code of ethics for midwives*. Accès <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf>
- Lansac, J., Sentilhes, L. & Descamps, P. (2017a). Physiologie de la grossesse à terme et du travail. In J. Lansac, P. Descamps & F. Goffinet (Dir.), *Pratique de l'accouchement* (6e éd.) (pp. 3-20). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Lansac, J. & Ouédraogo, C. (2017). Accouchement normal en présentation du sommet. In J. Lansac, P. Descamps & F. Goffinet (Dir.), *Pratique de l'accouchement* (6e éd.) (pp. 57-77). Accès <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74776-2.00004-X>
- Lansac, J., Oury, J.-F., Sibony, O. & Renner, J.-P. (2017b). Extractions instrumentales : forceps, spatules, ventouses. In J. Lansac, P. Descamps & F. Goffinet (Dir.), *Pratique de l'accouchement* (6e éd.) (pp. 347-375). Accès <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74776-2.00029-4>

- Larkin, P., Begley, C. M. & Devane, D. (2007). Women's experiences of labour and birth : an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25, 49-59. doi : 10.1016/j.midw.2007.07.010
- Larousse. (s.d.). *Dictionnaire de français*. Accès <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9thique/31389>
- Lazarus, R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- 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, 139-151. doi : 10.1016/j.jpsychores.2005.11.006
- Leeners, B., Görres, G., Block, E. & Hengartner, M. P. (2016). Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosomatic Research*, 83, 27-32. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.02.006>
- LoGiudice, J. & 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 & women's health*, 61(4), 474-481. doi: 10.1111/jmwh.12421
- Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., Kumle, M., Ryding, E. L. & Schei, B. (2010). Childhood abuse and fear of childbirth – a population-based study. *Birth*, 37(4), 267-274. doi : 10.1111/j.1523-536X.2010.00420.x
- Monrigal, C. & Lansac, J. (2017). Direction du travail. In J. Lansac, P. Descamps & F. Goffinet (Dir.). *Pratique de l'accouchement* (6e éd.) (pp. 151-157). Accès <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74776-2.00011-7>
- Montclair, E. (2013). *Le rôle de la sage-femme et du gynécologue-obstétricien dans la prise en charge des patientes enceintes ayant été victimes de violence sexuelle dans leur passé*. (Mémoire. Ecole de Sages-femmes de Caen). Accès <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00873186/document>

- Montgomery, E. (2013). Feeling safe : a metasynthesis of the maternity care needs of women who were sexually abused in childhood. *Birth*, 40(2), 88-95. doi : 10.1111/birt.12043
- Montgomery, E., Pope, C. & Rogers, J. (2014). A feminist narrative study of the maternity care experiences of women who were sexually abused in childhood. *Midwifery*, 31(1), 54-60. doi: 10.1016/j.midw.2014.05.010
- Nerum, H., Halvorsen, L., Øian, P., Sørli, T., Straume, B. & Blix, E. (2009). Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117, 288-294. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02454.x>
- Nerum, H., Halvorsen, L., Straume, B., Sørli, T. & Øiana, P. (2012). Different labour outcomes in primiparous women that have been subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case-control study in a clinical cohort. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(4), 487-495. doi: 10.1111/1471-0528.12053
- Norwegian Institute of Public Health. (2016). *Questionnaires from MoBa*. Accès <https://www.fhi.no/en/studies/moba/for-forskere-artikler/questionnaires-from-moba/>
- Office fédéral de la statistique. (2019). *Accouchements et santé maternelle en 2017*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/8369419/master>
- Organisation mondiale de la santé. (2012). *La violence sexuelle*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf;jsessionid=3D0166C06834911BAA04C68C2B0DFD51?sequence=1
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Accès https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_fr.pdf

- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement*. Accès <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf>
- Paris, F. (2010a). Accueil et orientation en début de travail. In L. Marpeau (Dir.). *Traité d'obstétrique* (pp. 95-97). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Paris, F. (2010b). Accompagnement et direction du travail. In L. Marpeau (Dir.). *Traité d'obstétrique* (pp. 126-128). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Petit, P. (2015). Prise en charge de la tocophobie par thérapie cognitivo-comportementale: à propos d'un cas clinique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 25(1), 1-9. doi : <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2015.01.001>
- Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R. & Heinonen, S. (2014). Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women : a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121, 965-970. doi : [10.1111/1471-0528.12599](https://doi.org/10.1111/1471-0528.12599)
- Rhodes, N. & Hutchinson, S. (1994). Labor experiences of childhood sexual abuse survivors. *Birth*, 21(4), 213-220. doi : [10.1111/j.1523-536x.1994.tb00532.x](https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1994.tb00532.x)
- Rotten, D. & Baraille, A. (2010). La contraction utérine. In L. Marpeau (Dir.). *Traité d'obstétrique*. (pp. 36-49). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth : a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208. doi : [10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2003.00114.x)
- Salmona, M. (2008). *La mémoire traumatique en bref*. Accès <https://www.memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique.html?PHPSESSID=8fp3jseuust045fpa4nrkt4ba0>

- Salmona, M. (2013). Mémoire traumatique. In M. Kédia & A. Sabouraud-Séguin (Dir.). *L'aide-mémoire de psychotraumatologie* (pp. 208-219). Accès <https://www.cairn.info/l-aide-memoire-de-psychotraumatologie--9782100593330-page-208.htm>
- Schaal, J.-P. (2012a). Dystocies des parties molles. In J.-P. Schaal (Dir.). *Mécanique et techniques obstétricales* (4e éd.) (pp. 509-514). Montpellier : Sauramps Médical.
- Schaal, J.-P. (2012b). Dystocies mécaniques. In J.-P. Schaal (Dir.). *Mécanique et techniques obstétricales* (4e éd.) (pp. 503-508). Montpellier : Sauramps Médical.
- Schaal, J.-P. & Riethmuller, D. (2012). Dystocies osseuses. In J.-P. Schaal (Dir.). *Mécanique et techniques obstétricales* (4e éd.) (pp. 433-484). Montpellier : Sauramps Médical.
- Schaal, J.-P., Riethmuller, D. & Baudo, M. (2012). Dilatation cervicale. In J.-P. Schaal (Dir.). *Mécanique et techniques obstétricales* (4e éd.) (pp. 231-243). Montpellier : Sauramps Médical.
- Schei, B., Lukasse, M., Ryding, E. L., Campbell, J., Karro, H., Kristjansdottir, H., ... Steingrimsdottir, T. (2014). History of abuse and operative delivery - results from a European multi-country cohort study. *PLoS One* 9(1), 1-10. doi: 10.1371/journal.pone.0087579
- Schroll, A.-M., Tabor, A. & Kjaergaard, H. (2011). Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 19-26. doi: 10.3109/0167482X.2010.547965
- Sobel, L., O'Rourke-Suchoff, D., Holland, E., Remis, K., Resnick, K., Perkins, R. & Bell, S. (2018). Pregnancy and childbirth after sexual trauma. *Obstetrics & Gynecology*, 132(6), 1461-1468. doi : 10.1097/AOG.0000000000002956

- Spitzberg, B. H. (1999). An analysis of empirical estimates of sexual aggression victimization and perpetration. *Violence and victims*, 14(3), 241-260. Accès https://www.researchgate.net/publication/12695909_An_Analysis_of_Empirical_Estimates_of_Sexual_Aggression_Victimization_and_Perpetration
- Stryckman, N. & de Neuter, P. (2019). Traumatisme, mémoire (réminiscence, reviviscence et remémoration) du trauma. *Cahiers de psychologie clinique*, 53(2), 77-95. doi : 10.3917/cpc.053.0079
- Thomas, J.-L. (2015). Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. *Revue française du dommage corporel*, 3, 253-269. Accès <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatization-droitdiffusion.pdf>
- Vardon, D., Benoist, G. & Dreyfus, M. (2017). La césarienne. In J. Lansac, P. Descamps & F. Goffinet (Dir.), *Pratique de l'accouchement* (6e éd.) (pp. 389-410). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.