

# Regard des intervenantes communautaires en périnatalité sur des expériences observées de violence obstétricale

Manon Bergeron, Sylvie Lévesque et Sarah Beauchemin-Roy  
*Université du Québec à Montréal*

Lorraine Fontaine  
*Regroupement Naissance-Renaissance*

## RÉSUMÉ

De nombreux témoignages de femmes rapportent des expériences de détresse, de souffrance ou de violence lors de l'accouchement, nommées « violence obstétricale » par les groupes de défense de droits en périnatalité. Or, les écrits mentionnent peu les perceptions des intervenantes en périnatalité confrontées à cette problématique. Par le biais de groupes de discussion auprès d'intervenantes communautaires en périnatalité au Québec (n = 29), cette étude documente leurs représentations de situations de violence obstétricale, les difficultés qu'elles rencontrent et leurs stratégies d'intervention. Les résultats contribuent à une meilleure compréhension de cette forme de violence et à une réflexion sur les efforts à fournir pour favoriser le bien-être des femmes durant la période périnatale.

**Mots clés** : violence envers les femmes, violence obstétricale, périnatalité, accouchement, intervenantes communautaires

## ABSTRACT

Many women report experiences of distress, suffering or violence during childbirth. Perinatal advocacy groups also call this “obstetric violence”. Few studies are available on the perceptions of perinatal

---

Manon Bergeron, Université du Québec à Montréal, Département de sexologie; Sylvie Lévesque, Université du Québec à Montréal, Département de sexologie; Sarah Beauchemin-Roy, Université du Québec à Montréal, Département de sexologie; Lorraine Fontaine, Regroupement Naissance-Renaissance (RNR), Coalition pour la pratique sage-femme.

La réalisation de cette étude n'aurait pu être possible sans le soutien financier et humain du Service aux collectivités de l'UQAM et l'implication de Lyne Kurtzman à toutes les étapes de la réalisation de ce projet. Le soutien financier du Réseau québécois en études féministes (RéQEF) a également été précieux pour les dernières phases de cette recherche.

Pour toute correspondance concernant cet article, s'adresser à Manon Bergeron, Ph. D., Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), H3C 3P8. 514 987-3000 poste 5361. Courriel : [bergeron.manon@uqam.ca](mailto:bergeron.manon@uqam.ca)

community-based workers about this issue. Through focus groups with perinatal community-based workers from Quebec (n = 29), this study aims to document representations of obstetric violence, the difficulties they encountered and the strategies they used when facing these situations. Results contribute to a better understanding of this form of violence against women and to a reflection on the efforts needed to promote the well-being of women during this important life period.

**Keywords:** violence against women, obstetric violence, perinatal, childbirth, community workers

La période de la périnatalité est un moment marquant dans la vie des femmes et de leur famille. L'accouchement demeure une expérience inoubliable, qu'elle soit vécue positivement ou négativement. Au Canada, une proportion élevée de femmes qualifie positivement leur accouchement. Selon les résultats d'une enquête rétrospective réalisée auprès de 6241 femmes, près de 80 % d'entre elles se disent satisfaites ou très satisfaites de leur expérience globale de l'accouchement (Agence de la santé publique du Canada, 2009). Néanmoins, la littérature montre que des femmes rapportent des expériences négatives lors de leur accouchement. Dans une recension d'articles provenant de 18 pays, incluant le Canada et les États-Unis, la présence de maltraitance physique, de soins enfreignant la confidentialité ou le consentement, de soins violant la dignité de la personne, de discrimination et de négligence dans les soins obstétricaux est rapportée (Bowser et Hill, 2010). Il est également possible de répertorier des témoignages de femmes à travers différents médias sociaux qui mentionnent des expériences négatives ou douloureuses<sup>1</sup>.

Si les écrits scientifiques documentent surtout les conséquences de ces expériences chez les femmes (p. ex. souffrance, détresse, dépression), les milieux d'intervention féministe en périnatalité les qualifient de « violence obstétricale ». La violence obstétricale constitue une problématique de santé publique et de droits de la personne (Jewkes et Penn-Kekana, 2015 ; Organisation mondiale de la Santé, 2014). Certains pays ont même adopté une législation pour lutter contre cette problématique sociale, notamment l'Argentine et le Venezuela (Organisation mondiale de la Santé, 2018). Le présent article s'intéresse à cette forme de violence commise à l'endroit des femmes pour mettre en lumière les perspectives d'intervenantes communautaires en périnatalité confrontées à cette problématique.

La violence obstétricale et l'accouchement traumatique constituent une menace réelle à la santé et au bien-être des femmes (Bohren et coll., 2015). Une expérience d'accouchement traumatique est associée à des conséquences importantes pour la santé mentale des femmes, telles que de la détresse psychologique, un état dépressif, un état de stress post-traumatique, un sentiment d'impuissance et une peur de l'accouchement (Beck, 2004 ; Lukasse et coll., 2015 ; Thomson et Downe, 2008). Des études s'appuyant sur un devis longitudinal prospectif réalisées en Australie révèlent des liens solides entre une expérience d'accouchement traumatique et la présence de troubles de santé mentale. Plus précisément, une recherche (Creedy, Shochet, et Horsfall, 2000) a établi que 33 % des femmes identifient leur accouchement comme ayant été un événement stressant, ce qui inclut l'expérience d'une douleur intense, une crainte pour sa vie ou pour la vie de

---

1. Exemples de médias sociaux qui rapportent des expériences négatives au moment de l'accouchement : les blogues (<http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/tag/violence-obstetricale/>; <https://materniteetdignite.wordpress.com/>), les journaux (<http://grand-angle.lefigaro.fr/quand-laccouchement-se-vit-dans-la-violence>), les magazines (<https://www.planetef.com/dossier/abus-dans-la-salle-daccouchement/>).

son bébé — ou les deux — et un manque de soins. Elles sont aussi 33 % à rapporter la présence d'au moins 3 symptômes associés à un état de stress post-traumatique et 5,6 % à rencontrer l'ensemble des critères diagnostics (Creedy, Shochet et Horsfall, 2000). Une autre étude rapporte pour sa part que de 1,3 % à 3,1 % des femmes remplissent l'ensemble des critères établissant un état de stress post-traumatique dans les 4 à 6 semaines suivant la naissance de leur enfant et que cela est lié directement avec l'accouchement qu'elles ont vécu (Alcorn, O'Donovan, Patrick, Creedy et Devilly, 2010). De plus, dans l'étude d'Elmir et coll. (2010), des femmes rapportent des cauchemars récurrents et certaines vivent des épisodes dépressifs ou suicidaires, même après plusieurs années. Les femmes peuvent ressentir une blessure psychologique notamment parce qu'elles se sentent discréditées et qu'elles ne se sentent pas en contrôle de leur corps (Forssén, 2012). Cela peut les faire douter d'elles-mêmes et de leurs compétences en tant que femme et en tant que future mère (Beck, 2004 ; da Silva, Marcelino, Rodrigues, Toro et Shimo, 2014). Au Québec et au Canada, très peu d'études ont été menées à ce sujet (Rivard, 2014; Rodriguez del Barrio, Vadeboncoeur, Fontaine, St-Amant et Hivon, 2011 ; Rodriguez del Barrio, Vadeboncoeur, St-Amant, Fontaine et Hivon, 2010 ; St-Amant, 2013); encore moins d'entre elles ont été publiées. Conséquemment, les connaissances à ce sujet sont lacunaires.

Pour obtenir un soutien et un accompagnement lors de la période périnatale (incluant l'avant et l'après accouchement), plusieurs femmes vivant au Canada recourent aux services d'intervenantes communautaires en périnatalité, d'accompagnantes à la naissance (doulas). Au Québec, le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) rassemble 46 groupes membres qui offrent des services à plus de 30 000 parents annuellement. Leurs missions et mandats sont variés, mais ils contribuent tous à leur façon au mouvement d'humanisation des naissances : certains revendiquent une meilleure accessibilité aux sages-femmes, d'autres font de l'entraide en allaitement, offrent des ateliers ou de l'accompagnement à la naissance, d'autres encore font de la défense des droits. Le RNR et ses membres sont depuis de nombreuses années à l'écoute des femmes témoignant d'expériences douloureuses à la suite de leur accouchement et questionnent les pratiques des milieux médicaux et institutionnels.

Cet article vise à documenter les perceptions des intervenantes communautaires en périnatalité membres du RNR, face à la problématique de la violence obstétricale. De manière plus spécifique, il est question d'explorer leurs représentations de ce phénomène et les stratégies d'intervention à privilégier auprès des femmes. Le point de vue de ces intervenantes, peu documenté à ce jour dans les études, apparaît pertinent et éclairant pour mieux comprendre ce phénomène en raison des différentes situations auxquelles elles sont confrontées dans leur rôle d'accompagnement des femmes et des familles. Elles sont aussi porteuses de réflexions et de pistes d'interventions destinées à réduire, voire éliminer les manifestations de violence obstétricale dont elles sont témoins.

## MÉTHODOLOGIE

Cette recherche s'appuie sur une méthodologie qualitative de type exploratoire descriptive puisqu'elle vise à circonscrire une problématique peu développée et à explorer les représentations d'un groupe ciblé face à celle-ci (Trudel, Simard et Vonarx, 2006 ; Van der Maren, 1996). L'échantillonnage s'est effectué par recrutement de volontaires (Beaud, 2016) auprès des membres du RNR. La méthode des groupes de discussion a été retenue comme stratégie de collecte des données (Morgan, 1997); cette option a été privilégiée pour favoriser le partage des opinions et des pratiques entre les intervenantes membres du RNR.

## Participant·es de l'étude

L'échantillon se compose de 29 intervenant·es provenant de 19 organismes communautaires en périnatalité au Québec. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) être intervenant·e dans un organisme membre du RNR ; 2) être en mesure de s'exprimer en français ; et 3) cumuler minimalement une année d'expérience en intervention avec les femmes/familles dans le domaine de la périnatalité. Le recrutement a été effectué avec la liste des membres du RNR, d'abord par le biais d'une invitation par courriel et ensuite par une relance téléphonique. Les intervenant·es intéressées s'inscrivaient auprès de l'équipe de recherche et un nouveau groupe était constitué avec un nombre minimal d'inscriptions de 4 personnes (ces personnes pouvant ou non avoir des liens professionnels en raison de leur statut de membre au RNR). Représentant la composition du membership au RNR, les rôles et les fonctions exercés par les participant·es sont diversifiés : accompagnant·e à la naissance (34,5 %), accompagnant·e et soutien à l'allaitement (20,7 %), intervenant·e ou bénévole dans un organisme en périnatalité (20,7 %), étudiante sage-femme ou sage-femme (10,3 %), coordination d'un organisme en périnatalité (10,3 %) (donnée manquante : 3,5 %).

## Instrument de collecte et analyses des données

Au total, les deux chercheur·es ont mené 8 groupes de discussion d'une durée moyenne de 90 minutes en 2015 (entre 2 et 7 participant·es par groupe, certaines annulations survenant à la dernière minute pour accompagner une femme pour son accouchement). Le guide d'entrevue abordait les perceptions des intervenant·es face aux situations de détresse, souffrance ou violence observées dans leurs pratiques, de même que les difficultés auxquelles elles sont confrontées dans ces situations. Par exemple, le guide d'entrevue incluait les questions suivantes : « Selon vous, comment peut-on définir une expérience de détresse, souffrance ou violence vécue lors de l'accouchement ? » et « Dans le cadre de votre travail, quelles sont les situations que vous rencontrez (ou que vous pouvez rencontrer) qui sont reliées à la problématique de "détresse/souffrance/violence" lors de l'accouchement ? » Il importe de souligner le choix de la terminologie dans le guide d'entrevue. En effet, la terminologie « détresse, souffrance ou violence » a été choisie plutôt que le concept de « violence obstétricale » : cette approche évitait d'orienter les perceptions des intervenant·es communautaires interrogées en permettant l'émergence du concept « violence obstétricale » par ces dernières, plutôt qu'un terme imposé par l'équipe de recherche. Le guide d'entrevue a été discuté avec le RNR et utilisé de manière uniforme pour les 8 groupes.

Dans cette option, l'équipe de recherche a adopté une position inductive pour l'analyse de données recueillies, qui préconise l'émergence des catégories sans influence du cadre théorique (Savoie-Zajc, 2018). Conséquemment, l'usage d'une grille de codification émergente a été sélectionné afin d'organiser le matériel ; les paragraphes et les groupes élargis de mots ont constitué l'unité d'analyse. Les étapes d'une analyse inductive (Blais et Martineau, 2006) ont été réalisées à l'aide du logiciel NVivo, version 11. Brièvement, ces étapes sont la transcription intégrale et anonymisée des entrevues audio enregistrées, la lecture attentive et approfondie du corpus, l'identification et la description des premières catégories émergentes, puis la révision et le raffinement des catégories. Les analyses ont été réalisées en alternance avec la collecte des données. Afin d'ajuster la codification initiale, l'équipe de recherche a effectué une analyse intercodeurs, assurant la justesse des codes et des catégories proposés (Blais et Martineau, 2006 ; Thomas, 2006). L'étude a été approuvée par le comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM.

Chaque participante a signé un formulaire de consentement qui stipulait le but de l'étude et les mesures de confidentialité. Afin d'assurer la confidentialité, seules les membres de l'équipe de recherche ont eu accès aux transcriptions et les participantes se sont engagées à préserver la confidentialité des propos partagés lors du groupe de discussion. Nous estimons que la saturation des données a été atteinte pour la description des expériences de détresse, souffrance ou violence lors de l'accouchement, ainsi que sur l'identification des stratégies pour accompagner les femmes dans le développement de leur pouvoir d'agir, soit deux thèmes centraux dans notre recherche. Toutefois, la saturation des données ne semble pas avoir été atteinte pour ce qui est de l'identification des difficultés rencontrées par les intervenantes lors de situations de violence obstétricale, en regard de la grande diversité des milieux dans lesquels elles interviennent et des professionnelles de la santé avec qui elles sont en lien.

## RÉSULTATS

Trois thèmes centraux émergent de l'analyse : 1) les représentations des intervenantes face aux expériences de détresse, souffrance ou violence ; 2) les difficultés rencontrées par les intervenantes ; et 3) le développement du pouvoir d'agir des femmes. Le chiffre noté entre parenthèses indique le nombre de groupes de discussion où ces propos ont été tenus, sur une possibilité de huit groupes.

Dans le cadre de cette étude, l'appellation « professionnels et professionnelles de la santé et intervenantes communautaires en périnatalité » renvoie à l'ensemble des différents intervenants et intervenantes du réseau de la santé et du milieu communautaire qui sont en contact avec les femmes, à un moment ou l'autre de leur grossesse, accouchement ou post-partum immédiat. Ce premier groupe comprend notamment les médecins, les infirmiers et infirmières et les sages-femmes, alors que le « groupe des intervenantes communautaires en périnatalité » comprend plus spécifiquement les accompagnantes à la naissance et les marraines d'allaitement.

### **1. Représentations des expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement**

« L'absence de consentement libre et éclairé » constitue une composante centrale de la violence obstétricale selon les intervenantes rencontrées (8/8). En effet, plusieurs d'entre elles parlent de gestes posés en l'absence, totale dans certains cas et partielle dans d'autres, du consentement clairement exprimé. Par exemple, les participantes mentionnent des interventions et des décisions imposées, c'est-à-dire sans l'obtention préalable de l'accord de la femme : « Ça peut être des décisions où ils suggèrent fortement. Parfois, ils ne suggèrent même pas et le font tout simplement. » (Groupe de discussion (GD)1). D'autre part, les participantes signalent qu'il y a absence de consentement éclairé lorsque les femmes ne sont pas suffisamment informées, puisque le consentement libre et éclairé repose sur la transmission d'une diversité d'informations nécessaires à la prise d'un choix.

« On voit des femmes qui arrivent à l'accouchement et qui n'ont jamais entendu parler des interventions qui existent. Alors, peux-tu donner ton accord à quelque chose que tu ne connais même pas ? Tu ne sais même pas quelles sont les conséquences de ça. Tu n'es pas vraiment en position et en état [de consentir en toute connaissance de cause]. » (GD8)

«Le manque de respect envers les femmes» est une autre caractéristique centrale des expériences de détresse, souffrance ou violence vécues lors de l'accouchement (7/8) : «Le non-respect, c'est ce qui ouvre la porte à tout le reste [...] Il y a des choses qui se passent, mais qu'on ne souhaite pas. Je considère que c'est le début de la violence.» (GD4). Le manque de respect peut se manifester de manière subtile, comme par le fait de ne pas considérer un plan de naissance désiré ou de ne pas obtempérer aux choix d'une femme, alors qu'il serait possible de le faire.

«Un manque de respect de ce que la femme voulait vivre. On s'entend que l'accouchement, parfois, ça ne va pas toujours selon nos plans. Quand tu commences à omettre ce que la femme souhaite, ce dont la femme rêve et à ne pas le considérer dans la décision, je pense que ça part de là. Ensuite, ça peut dégénérer.» (GD4)

«Ce sont des blagues ou des commentaires un petit peu innocents, mais qui teintent tout un accouchement. Je pense à un accouchement où le médecin s'installe [...] pour faire un toucher vaginal sur le côté et il dit : "Est-ce que je suis dans le bon trou, moi ? Ça ne fonctionne pas". C'est extrêmement violent, très très non respectueux.» (GD6)

Les participantes qualifient également la «prise de pouvoir des professionnels et professionnelles de la santé sur les femmes» comme une manifestation de violence obstétricale pouvant causer une expérience de détresse ou souffrance (8/8). Certaines participantes sont d'avis que cette prise de pouvoir sur le déroulement de l'accouchement nuit au développement du pouvoir d'agir des femmes. Ces personnes peuvent se placer en position d'autorité vis-à-vis des femmes, créant ainsi un rapport non égalitaire.

«Ce n'est pas juste les accompagnantes avec les femmes qui devraient avoir une relation égalitaire. Ça devrait aussi être entre les sages-femmes et les femmes, entre les infirmières et les femmes, entre les médecins et les femmes. Il n'y a pas lieu d'autorité, que ce soit pour les accouchements ou pour les soins en général. Le médecin, l'infirmière, la sage-femme, la femme qui accouche : ce sont des partenaires dans l'événement et non pas une autorité. C'est ça qui induit la violence, en fait, parce qu'il y a un rapport non égalitaire à la base.» (GD5)

«L'expérience ressentie ou perçue comme négative par les femmes elles-mêmes.» Les participantes soulignent l'importance de considérer l'expérience et la perception des femmes lorsqu'il est question de reconnaître des expériences de détresse, de souffrance ou de violence (6/8). Plusieurs intervenantes estiment que ces expériences doivent d'abord être évaluées à partir de l'expérience même des femmes quant à leur accouchement : «Tout part de la mère, de comment elle s'est sentie et de comment elle l'a ressentie.» (GD1).

La difficulté à reconnaître la violence obstétricale, notamment en raison de la préséance de la santé du fœtus ou du bébé<sup>2</sup> sur l'expérience de la mère. Cette préséance dénoncée par plusieurs intervenantes : «Oui le bébé est en santé, mais ça ne veut pas dire que les moyens qui ont été utilisés étaient les bons et qu'on avait à te l'imposer. Je ne sais pas, il n'y a pas juste ça d'important.» (GD8). Il faut ajouter que l'expérience vécue comme négative peut se refléter dans ce dictat qui fait primer la santé du bébé sur le bien-être de la mère.

«Ce sont vraiment les bons mots : "Si bébé est en santé, tout va bien". En réalité, je trouve que ce n'est pas ça du tout. Même quand les bébés et les mamans vont bien physiquement après les naissances, parfois, il y a vraiment une souffrance par rapport à ce qui a été vécu. Ce n'est pas entendu, car souvent, on entend :

---

2. Selon les lois canadiennes, on parle de fœtus in utero et de bébé après la naissance. Dans un accouchement, on peut avoir les deux, selon le moment. La distinction est importante, au regard des droits des femmes et au regard de leur autonomie reproductive. Dans le cadre des entrevues de groupe, les participantes ont toujours utilisé le mot «enfant ou bébé» et non «fœtus». Nous croyons donc qu'il est important de rapporter les résultats avec les mots des participantes.

«Ton bébé va bien» [...] C'est comme si on n'avait pas le droit de dire qu'on avait souffert ou qu'on s'était senti dépossédé de notre vécu. Je pense que la souffrance vient peut-être du fait qu'il n'y a personne pour écouter. » (GD8)

Des participantes rapportent que «certaines femmes peuvent vivre une situation de violence lors de l'accouchement sans nécessairement la percevoir» (7/8). De plus, le délai entre l'expérience de violence obstétricale et la prise de conscience de cette dernière peut varier selon chaque femme et son expérience, allant de quelques jours suivant l'accouchement à des mois et des années plus tard.

«La durée aussi. Ça peut arriver rapidement ou moins. Ça peut durer quelques mois, une année, deux années, je ne sais pas, le temps que ça prend aussi pour guérir. Je pense qu'il y a des femmes pour lesquelles cela va prendre la vie entière ou bien une bonne partie de la vie. Ce sont des souffrances ou des violences qui marquent. [...] Même vivre un accouchement qui se passe mieux, si le premier ne s'est pas bien déroulé, ça peut encore réactiver [la souffrance]. » (GD2)

«Les conséquences observées chez les femmes». Plusieurs intervenantes associent des répercussions possibles aux situations de violence obstétricale pour les femmes et les couples (7/8). Ces répercussions chez les femmes sont notamment un sentiment de tristesse, de l'isolement, des symptômes de stress post-traumatique, de la fragilisation de l'estime de soi et du sentiment de compétence, une difficulté d'attachement affectif avec l'enfant ainsi qu'une perte de confiance envers les professionnels et professionnelles de la santé.

«J'ai vu au moins trois ou quatre femmes en choc post-traumatique après la naissance... à cause de ce qu'elles avaient vécu. Ce n'est pas une dépression post-partum, c'est d'être incapable de s'occuper de son bébé. Parfois même un rejet complet du bébé ou une désorganisation complète... une grande et immense détresse. » (GD4)

«Elle va vivre de l'isolement, car elle ne pourra pas le dire à personne. Elle n'ira pas consulter et elle n'aura pas de soutien de groupe en allaitement. Elle va se renfermer et s'isoler et vivre cette violence au quotidien... » (GD1)

## **2. Difficultés rencontrées par les intervenantes en périnatalité lors des situations de détresse, souffrance ou violence**

Lorsque les intervenantes membres du RNR sont témoins d'une situation de détresse, souffrance ou de violence, «la principale difficulté rapportée est leur sentiment d'impuissance» (6/8). Certaines peuvent également «figer» dans une telle situation, entraînant chez elles un sentiment d'avoir manqué à leur «devoir».

«Je pense que souvent, on subit nous-mêmes cette violence. On est témoin et un peu démunie. On n'arrive pas à ramener la femme. Parfois, ça se passe tellement vite qu'on en est juste le témoin. » (GD5)

«La réaction de l'accompagnante... impuissance. Finalement, j'ai failli à mon devoir, si on peut dire. Je n'avais pas donné de garantie [quant à l'absence de manifestations de violence obstétricale]. J'ai seulement avisé le père et la mère que la paire de ciseaux arrivait et que l'épisiotomie allait se faire. Elle a crié et le médecin a coupé. [...] J'ai figé. » (GD1)

D'autres intervenantes ressentent «de la révolte, de la colère ou de la frustration» (4/8) envers le système de santé et les professionnels et professionnelles de la santé lorsque des situations de violence obstétricale s'y manifestent. La récurrence de ces situations de violence observées dans leur pratique et le sentiment d'impuissance à les prévenir ou les contrer accentuent leur frustration.

«C'est beaucoup de la révolte, de la frustration et une perte de confiance envers le système et les médecins. C'est le sentiment de n'avoir plus de confiance ni d'estime envers les services. » (GD1)

«Le fait que c'est récurrent et qu'on sent qu'on n'a pas nécessairement une [influence] sur l'attitude de ces professionnels. On ne peut pas changer ce système et c'est parfois frustrant. Pour nous, de se dire : "J'accueille toujours un peu les mêmes types d'émotions, les mêmes types de situations, mais je n'ai pas de contrôle sur les personnes qui génèrent ça". Ça, parfois, c'est un peu difficile... » (GD3)

### 3. Le développement du pouvoir d'agir des femmes tout au long de la période périnatale

Les intervenantes nomment une diversité de stratégies utilisées dans leur pratique pour contrer et prévenir les situations susceptibles de générer de la détresse, de la souffrance ou de la violence. Ces stratégies sont mises en place tout au long de la période périnatale, mais davantage en période prénatale et postnatale que pendant l'accouchement.

En période prénatale, les intervenantes questionnées soulignent abondamment l'importance de l'information et de l'éducation des femmes à propos de la physiologie, leurs droits et leurs choix. Des informations complètes et adéquates avant l'accouchement permettent aux femmes de prendre des décisions plus éclairées lors de l'accouchement (8/8). Ainsi, elles estiment pertinent d'aborder la physiologie de l'accouchement : «Parce que quand elles sont préparées comme ça, quand les couples sont préparés comme ça, on voit qu'ils se positionnent vraiment différemment dans les salles d'accouchement. Et là, ils ne vont plus accepter l'inacceptable. » (GD7). De plus, les intervenantes questionnées tentent de «sensibiliser les femmes à leurs droits, car elles ont le droit de vivre ce moment comme elles le souhaitent. » (GD2). Pour les participantes, puisque le droit de choisir fait partie des droits des femmes, elles misent sur la période prénatale pour les informer adéquatement des options s'offrant à elles quant aux interventions qui leur seront proposées lors de la grossesse et de l'accouchement. Les droits de refuser et de s'affirmer sont également explorés en période prénatale auprès des femmes, comme le mentionne cette intervenante : «À ce niveau-là, il faut vraiment focaliser sur l'autonomie de la femme. Elle peut faire des choix, elle peut décider, elle peut refuser. » (GD2). Le fait de bien connaître ses droits favoriserait le pouvoir des femmes face aux professionnels et professionnelles de la santé.

Le choix d'informer les femmes au sujet de leurs droits semble être privilégié à celui d'aborder directement la violence obstétricale avec elles durant la période prénatale. Si quelques-unes des intervenantes interrogées nomment explicitement qu'elles abordent cette violence avant l'accouchement, d'autres se questionnent sur la manière de le faire adéquatement.

«Devrait-on parler aux femmes [en période prénatale], peut-être sans utiliser le mot "violence obstétricale", de ce qui peut se passer pendant un accouchement? Faut-il parler qu'il peut y avoir des attitudes violentes et des gestes violents pendant l'accouchement? Est-ce que ça induit une peur qui va être plus nocive que bénéfique? C'est une des difficultés que j'ai, soit celle de doser : sans vouloir faire peur, préparer les femmes à une prise en charge personnelle, c'est-à-dire à une affirmation personnelle. [...] C'est de trouver l'équilibre entre la préparation réaliste et la crainte d'installer une peur chez ces femmes. » (GD5)

Lors de l'accouchement, certaines stratégies sont mises en place afin de favoriser un accouchement respectueux de la femme et de ses choix. Plusieurs participantes occupent la fonction d'accompagnante à la naissance et, par la définition de leur rôle, ne peuvent poser de gestes cliniques. Une première stratégie



consiste à questionner la femme pendant l'accouchement pour lui permettre de mieux réfléchir et d'exprimer ses volontés à l'équipe médicale (médecins, infirmières et infirmiers) (3/8).

«C'est difficile pour nous, en tant qu'accompagnantes, de dire à un médecin : "Non, ne lui fais pas ça. Ça ne fonctionne pas". On ne peut pas dire ça, car il y a un risque qu'on nous demande de sortir de la salle d'accouchement. Ce que j'essaie de faire, c'est de faire parler ces femmes, c'est de leur dire : "Comment te sens-tu, maintenant?" Si elles disent : "Ça fait mal", je peux le renommer à l'équipe : "Ça lui fait mal". » (GD7)

La seconde stratégie est celle de préparer l'autre parent à assumer son rôle de « défenseur ou défenseuse » lors de l'accouchement en étant à l'écoute de la personne qui accouche et en faisant valoir ses droits et volontés (3/8). Enfin, certaines intervenantes mentionnent des stratégies pour initier ou renforcer un esprit de collaboration avec le personnel médical (3/8). Ces stratégies sont essentiellement d'établir un compromis pour le bien-être de la femme et de proposer des alternatives aux pratiques habituelles dans les centres hospitaliers, telles que des variations dans les positions d'accouchement.

Pendant la période postnatale, certaines intervenantes mentionnent qu'elles choisissent de faire un retour avec les femmes sur l'expérience négative vécue lors de l'accouchement. Essentiellement, elles tentent de créer des occasions permettant aux femmes de raconter leur histoire (individuellement ou collectivement), d'exprimer leurs émotions et de clarifier leurs besoins. Il s'agit ainsi de créer un espace pour accueillir et écouter ces femmes puisque l'offre de soutien aux femmes est jugée insuffisante selon les participantes (8/8).

«Après-coup, c'est dans l'écoute. C'est de faire un espace pour que ces femmes puissent raconter leurs expériences avec des gens qui ont envie de les entendre et qui sont disposés à le faire. [...] C'est aussi de les accompagner et qu'elles puissent écrire leurs témoignages ou récits d'accouchement dans notre publication. Quand ça se passe bien, tant mieux. Quand ça ne se passe pas bien aussi. Il y a des femmes qui ont besoin de le raconter : ça peut se faire par ce biais-là. C'est surtout d'accompagner les femmes dans leurs réflexions et qu'elles ne se sentent pas toutes seules dans ce qu'elles vivent. » (GD2)

En outre, certaines intervenantes ont exprimé leur malaise ou leur inconfort de recourir au vocable « violence obstétricale » lors de leurs interactions avec les femmes, se questionnant même sur leur rôle à la suite de situations de détresse, souffrance ou violence non perçues comme violentes par les femmes. Elles expriment des ambiguïtés et questionnements sur la nécessité et la meilleure façon d'y revenir.

«C'est aussi mon questionnement éthique, soit de revenir là-dessus. Si je suis une tierce personne qui a perçu de la violence, comment fait-on un retour sur l'accouchement? Est-ce qu'on le nomme? Est-ce que je m'ouvre sur ce que j'ai perçu et ainsi, teinter son expérience? Si son expérience a été positive, mais que je suis restée avec un profond malaise? Je me questionne encore sur la juste place du retour sur l'accouchement. » (GD5)

Cependant, lorsque des femmes et des couples entreprennent un processus de prise de parole ou de dénonciation, les participantes estiment que leur rôle consiste à les accompagner (7/8). Leur implication est variable à ce niveau : informer les femmes des ressources disponibles, de leurs recours possibles ou de les soutenir dans leurs démarches. Aux yeux des participantes, cette prise de parole peut contribuer à un sentiment de soulagement chez les femmes voire faire partie du processus de guérison, en plus de conscientiser le personnel médical à leurs responsabilités et aux changements à apporter.

«Ce que je dis aux parents, c'est qu'ils peuvent écrire à l'hôpital, mais pas nécessairement pour se plaindre. Les mesures à l'hôpital ont beaucoup changé à travers le temps, car les parents se sont exprimés. » (GD2)

## DISCUSSION

L'objectif de cet article vise à documenter la problématique sociale de la violence obstétricale selon la perspective d'intervenantes communautaires en périnatalité et membres du RNR consultées lors de groupes de discussion. Les résultats corroborent la présence actuelle au Québec de situations préoccupantes de violence obstétricale, telles qu'observées par les intervenantes communautaires en périnatalité.

Ce constat fait écho à l'affirmation suivante de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui s'applique également au Canada : « Partout dans le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements non respectueux et de mauvais traitements lors de l'accouchement en établissement de soins » (OMS, 2014). Les résultats de cette recherche dressent les contours de situations ne respectant ni l'obtention d'un consentement libre et éclairé (quant aux soins et procédures lors de l'accouchement) ni la transmission d'une information permettant cette prise de décision éclairée. Comme dans la déclaration de l'OMS (2014), la combinaison d'éléments permet de décrire ce qui constitue, aux yeux des participantes, les éléments présents dans une situation de violence obstétricale : l'absence de consentement libre et éclairé notamment en raison de la partialité des informations transmises aux femmes et aux couples ; le manque de respect portant atteinte à la dignité des femmes ; le rapport de pouvoir et surtout, la prise de pouvoir du corps médical sur les femmes pendant la grossesse et l'accouchement ; et enfin, l'importance de considérer l'expérience et la perception des femmes lorsqu'il est question d'identifier dans leur vécu une expérience de violence obstétricale.

Ce dernier élément, qui fait référence à la subjectivité de l'expérience, se complexifie lorsqu'il est mis en relation avec la difficulté pour des femmes de reconnaître une situation comme étant une manifestation de violence obstétricale. La non-reconnaissance par des femmes du caractère violent de l'événement ne signifie pas l'absence de violence obstétricale. Cette complexification est objet de réflexion chez les intervenantes communautaires en périnatalité qui se questionnent sur les meilleures pratiques à privilégier auprès des femmes qu'elles considèrent victimes de violence obstétricale. Les intervenantes doivent-elles y revenir systématiquement lors du suivi postnatal ou attendre que la femme initie une discussion à ce sujet ? Doivent-elles nommer explicitement le terme violence obstétricale ou non ? Ces questionnements trouvent écho dans d'autres problématiques sociales, comme celles de la violence conjugale et de la violence sexuelle, où les intervenantes des milieux communautaires féministes ont choisi d'utiliser ces vocables dans une perspective d'éducation, d'*empowerment* et de reconnaissance du caractère genré de ces violences (Vivier, 1984). Une réflexion collective des intervenantes communautaires en périnatalité apparaît souhaitable sur cette question, dans l'optique de dégager les meilleures pratiques d'intervention dans de telles situations.

Par ailleurs, les répercussions de la violence obstétricale chez les femmes et observées par les participantes lors des groupes de discussion rejoignent les conséquences identifiées dans les études antérieures notamment une détresse psychologique et des symptômes de stress post-traumatique (Elmir, Schmied, Wilkes et Jackson, 2010 ; Lukasse et coll., 2015). Dès lors, il semble légitime de soulever le risque des diagnostics erronés (faux positifs) de dépression post-partum alors qu'il s'agirait plutôt de conséquences liées à la violence obstétricale subie. Une sensibilisation aux différents visages de la violence obstétricale chez les professionnel.les de la santé pourrait les aider à identifier plus facilement les femmes ayant vécu ce type d'événement et à recourir à une approche axée sur les traumatismes. C'est aussi une situation décriée dans les milieux communautaires en violence conjugale, où les femmes sont diagnostiquées avec différents troubles

de santé mentale alors que la violence dont elles sont victimes est ignorée (Morin, Ghosn et Dorvil, 2003 ; Rinfret-Raynor, Turgeon et Dubé, 2009).

En regard de la présente étude, les manifestations de violence obstétricale peuvent aussi avoir un impact sur les intervenantes en périnatalité. Notamment, des participantes ont ressenti un sentiment d'impuissance lorsqu'elles étaient confrontées à des situations de violence obstétricale. Ce sentiment d'impuissance pourrait-il être présent en proportion importante chez le personnel médical et communautaire œuvrant en périnatalité, témoin de situations de violence obstétricale? La déconstruction de la structure hiérarchique et du déséquilibre de pouvoir présents dans les équipes d'obstétrique a déjà été le sujet de stratégies pour améliorer les soins tels que le projet *Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux* (AMPRO) (Corporation Salus Global, 2018 ; Thanh, Jacobs, Wanke, Hense et Sauve, 2010) qui vise la formation du personnel afin que les connaissances et pratiques en cas d'urgence soient uniformes. Un tel sentiment d'impuissance, ou d'autres répercussions envisageables peuvent conduire à une diminution de la qualité de l'accompagnement des femmes pendant la période de la grossesse. À ce sujet, des chercheurs ont mené une étude portant sur les facteurs associés à l'insatisfaction au travail des professionnels et professionnelles de la santé œuvrant en obstétrique (Bradley et coll., 2015). Bien que l'étude ne concerne pas la violence obstétricale, les résultats démontrent qu'une surcharge de travail, un nombre restreint de professionnels et professionnelles, un nombre élevé de patientes et des compétences insuffisantes en obstétrique généraient des conditions dans lesquelles il était impossible d'offrir des soins de bonne qualité (Bradley et coll., 2015). À leur tour, ces conditions étaient associées à une démotivation, à un épuisement physique et psychologique ainsi qu'à un désengagement dans l'accomplissement de leurs tâches, nuisant ainsi aux patientes (Bradley et coll., 2015).

Un autre aspect concerne les stratégies d'intervention des intervenantes communautaires en périnatalité. L'étude indique que les stratégies actuellement déployées par les participantes visent à la fois la prévention des manifestations de la violence obstétricale et le soutien aux femmes qui en sont victimes. La majorité de ces stratégies vise le développement du pouvoir d'agir des femmes. Même si ces stratégies sont mises en place tout au long de la période périnatale, les intervenantes communautaires de la présente étude préconisent des actions en période prénatale et postnatale. La période prénatale constitue un moment opportun d'information et d'éducation des femmes sur leur corps, leurs droits et les choix qui s'offrent à elles. Sur ce point, les propos des participantes rejoignent ceux de da Silva et coll. (2014) ainsi que de Jewkes et Penn-Kekana (2015) qui soulignent l'importance d'une préparation prénatale adéquate pour les femmes sur les plans émotif, social et physique ainsi qu'au niveau de la connaissance de leurs droits. En période postnatale, les participantes insistent sur la création d'espaces d'écoute pour favoriser l'expression du vécu émotif chez les femmes, stratégie aussi présente dans les écrits d'Elmir et coll. (2010). Lorsque les femmes elles-mêmes expriment le besoin de faire des démarches de plaintes ou de dénonciations, les intervenantes communautaires ont souligné la pénurie d'organismes tant au Québec qu'ailleurs au Canada qui traitent directement de ce sujet. L'ajout de ressources pour accompagner les femmes et les couples pendant la période périnatale répondrait à des besoins réels.

### **Contributions et limites de la présente étude ainsi que des pistes pour les études futures**

Cette étude comporte deux limites à considérer dans l'interprétation des résultats, soit la taille réduite de l'échantillon et sa composition. En effet, l'étude ne peut prétendre rendre compte de la diversité des perspectives de l'ensemble des intervenants et intervenantes œuvrant en périnatalité, en raison de l'échantillon homogène composé de membres du RNR. Il n'en demeure pas moins que ces intervenantes occupent un rôle privilégié pour réfléchir au problème de la violence obstétricale. Par ailleurs, les résultats sont ancrés dans l'organisation actuelle des soins de santé au Québec en contexte québécois, limitant ainsi la transférabilité des résultats.

En outre, comme d'autres concepts entourant la violence, il n'existe actuellement pas de consensus international sur l'utilisation et la définition du concept de violence obstétricale (OMS, 2014). La présente étude apporte un éclairage non négligeable dans ce débat actuel et la reconnaissance sociale de cette problématique, en documentant les perspectives et réflexions d'intervenantes communautaires expérimentées dans le domaine de la périnatalité au Québec. Cette étude contribue à la réflexion collective sur le plan de la dispensation des soins de santé et de la défense des droits et de la violence à l'égard des femmes en période périnatale.

Certes, « un travail important de recherche permettrait de mieux définir, mesurer et comprendre le manque de respect et les mauvais traitements contre les femmes durant l'accouchement, en vue de les prévenir et les éliminer » (OMS, 2014). De futures recherches sont donc nécessaires pour mieux comprendre les diverses manifestations de la violence obstétricale et développer des indicateurs permettant de mesurer sa prévalence. Ces recherches pourraient aussi s'attarder aux réalités des groupes souvent invisibilisés dans les recherches, tel que les femmes en situation de handicap, les femmes en situation de grande précarité économique ou encore les femmes issues de l'immigration. Également, il serait pertinent de mener des recherches comparatives pour documenter les convergences et les divergences entre les différents groupes professionnels de la santé face au phénomène de violence obstétricale : le décalage ou non observé dans les perceptions des différents groupes permettrait de mieux comprendre ce phénomène et de mettre en place des stratégies d'intervention adaptées aux milieux et respectueuses des femmes.

### **En guise de conclusion, les implications pour l'intervention**

Tant sur le plan canadien que sur le plan international, la violence obstétricale constitue une problématique de santé publique et de droits de la personne qui nécessite une meilleure compréhension, des stratégies de prévention et des actions de défense des droits (Jewkes et Penn-Kekana, 2015 ; OMS, 2014). Bien que l'éducation des femmes et de leur partenaire en période prénatale soit une avenue intéressante, elle demeure insuffisante. Cette recherche rappelle l'importance de mettre en place des moyens pour favoriser une meilleure compréhension et une reconnaissance de la violence obstétricale. La sensibilisation à la violence obstétricale est cruciale, et ce, autant pour les professionnels et professionnelles de la santé que pour les intervenants et intervenantes communautaires en périnatalité (da Silva et coll., 2014 ; Diniz et coll., 2015). Dans le même sens, Diniz et coll. (2015) recommandent une meilleure formation dans les programmes d'études et des formations de perfectionnement professionnel, la mise en œuvre d'interventions visant à

renforcer l'autonomie des femmes et des familles et enfin, des actions visant à sensibiliser les prestataires de soins à la problématique de la violence obstétricale et au besoin de respect dans les soins de maternité.

Par ailleurs, il semble nécessaire de promouvoir le dialogue entre tous les groupes communautaires et professionnels impliqués en périnatalité dans l'objectif d'une réflexion collective sur les différentes perspectives, les expériences observées de violence obstétricale et leurs impacts sur la pratique professionnelle, tant sur le plan provincial que national. Un tel dialogue favoriserait une vision multidisciplinaire permettant l'identification d'interventions globales et plus optimales auprès de femmes vivant une situation de violence obstétricale. Les résultats de la présente étude constituent un outil de réflexion collective sur l'amélioration des pratiques d'intervention actuelles et la prévention de la violence obstétricale. Menée d'un point de vue systémique pour mieux comprendre la violence obstétricale et se dégageant d'une perspective axée sur le blâme d'individus, notre recherche s'inscrit dans une optique d'imputabilité sociale et de responsabilité collective (OMS, 2014).

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Récupéré de [www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-enquete/mes-eem-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/survey-enquete/mes-eem-fra.php)
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D. et Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849–1859.
- Beaud, J.-P. (2016). L'échantillonnage. Dans Gauthier, B. et I. Bourgeois (dir.). Dans *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données*. (pp. 251-286). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Beck, C. T. (2004). Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursing Research*, 53(1), 28–35.
- Blais, M. et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26 (2), 1–18.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P... Tunçalp, Ö. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847.
- Bowser, D. et Hill, K. (2010). Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. *Boston: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health*.
- Bradley, S., Kamwendo, F., Chipeta, E., Chimwaza, W., de Pinho, H. et McAuliffe, E. (2015). Too few staff, too many patients: a qualitative study of the impact on obstetric care providers and on quality of care in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 65.
- Corporation Salus Global. (2018). Aperçu du programme AMPRO<sup>OB</sup>. Récupéré de <https://www.amproob.com/moreob-features>
- Creedy, D. K., Shochet, I. M. et Horsfall, J. (2000). Childbirth and the Development of Acute Trauma Symptoms: Incidence and Contributing Factors. *Birth*, 27(2), 104–111.
- da Silva, M. G., Marcelino, M. C., Rodrigues, L. S. P., Toro, R. C. et Shimo, A. K. K. (2014). Obstetric violence according to obstetric nurses. *Northeast Network Nursing Journal*, 15(4), 720–728.
- Diniz, S. G., de Oliveira Salgado, H., de Aguiar Andrezzo, H. F., de Carvalho, P. G. C., Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. A. et Niy, D. Y. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377–382.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. et Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142–2153.
- Forssén, A. S. (2012). Lifelong significance of disempowering experiences in prenatal and maternity care: interviews with elderly Swedish women. *Qualitative Health Research*, 22(11), 1535–1546.

- Jewkes, R. et Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001849.
- Lukasse, M., Schroll, A. M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Van Parys, A. S. . . . Tabor, A. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 94 (5), 508–517.
- Morgan, D. L. (1997). Focus groups as qualitative research. *Qualitative Research Methods Series*, 16(2).
- Morin, P., Ghosn, A.-M. et Dorvil, H. (2003). Sévices sexuels et physiques envers les femmes présentant des troubles graves de santé mentale : une recension des écrits. *Santé mentale au Québec*, 28 (2), 233–250.
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins : déclaration de l'OMS*. Récupéré de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134589/1/WHO_RHR_14.23_fre.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth: Examples of laws on "obstetric violence" from Argentina, Porto Rico and Venezuela*. Récupéré de [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/statement-childbirth-govnts-support/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth-govnts-support/en/)
- Rinfret-Raynor, M., Turgeon, J. et Dubé, M. (2009). Un protocole de dépistage systématique de la violence conjugale. Mesure de l'efficacité. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 21(1), 85–99.
- Rivard, A. (2014). *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*. Montréal, Canada : Les éditions du Remue-Ménage.
- Rodriguez del Barrio, L., Vadeboncoeur, H., Fontaine, L., St-Amant, S. et Hivon, M. (2011). *Pourquoi parler d'accouchement dans un colloque sur la violence envers les femmes ? Un autre regard sur l'expérience des femmes*. Communication présentée à l'occasion du Colloque international de Violence envers les femmes : réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation, Montréal, Canada.
- Rodriguez del Barrio, L., Vadeboncoeur, H., St. Amant, S., Fontaine, L. et Hivon, M. (2010). *Un autre regard sur les bonnes pratiques entourant la naissance : la perspective des femmes*. Communication présentée à l'occasion de la Conférence annuelle 2010 de l'Association pour la santé publique du Québec, Montréal, Canada.
- Savoie-Zajc, L. (2018). La recherche qualitative/interprétative. Dans Karsenti, T. et L. Savoie-Zajc (dir.). Dans *La recherche en éducation : étapes et approches* (4<sup>e</sup> éd., pp. 191-217). Montréal, Canada : Presses de l'Université de Montréal.
- St-Amant, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : Épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*. Université du Québec à Montréal. Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/6134/>
- Thanh, N. X., Jacobs, P., Wanke, M. I., Hense, A. et Sauve, R. (2010). Outcomes of the introduction of the MORE<sup>OB</sup> continuing education program in Alberta. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 32(8), 749–755.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237–246.
- Thomson, G. et Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268–273.
- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches qualitatives*, 5, 38–55.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal, Canada : Presses de l'Université de Montréal et de Boeck.
- Vivier, C. (1984). *On apprend à être victime... on peut le désapprendre : réflexions sur la victimisation et la violence sexuelle*. [Montréal] : La Riposte des femmes, YWCA Montréal, Canada.