

*Se voir, se dire, se (re)construire*

*Recentrer l'humain.e et ses besoins dans les parcours de soin en santé sexuelle*

Lundi le 29 mai 2023, Centre Saint-Pierre, Montréal

## **Recherche sur les violences obstétricales et gynécologiques au Québec. Documenter le problème pour mieux le confronter**

Présentatrice : Sylvie Lévesque (Département de sexologie, UQAM)

Questions:

1. Cela fait longtemps qu'on parle des réalités des violences obstétricales et gynécologiques. Le RNR travaille là-dessus depuis des dizaines d'années, il y a eu des mouvements d'envergure comme #balancetonutérus en France. Pourquoi est-il important aujourd'hui de documenter le phénomène au Québec?

C'était tout aussi important de documenter ce phénomène il y a 20 ans, 50 ans. La différence aujourd'hui, c'est que les voix portent davantage et ne peuvent plus être tuées aussi facilement. L'ouverture sur le monde et la libération de la parole que permettent les réseaux sociaux contribuent à la reconnaissance de cette problématique. Les mouvements de dénonciations des violences commises à l'endroit des femmes et des groupes minorisés ont aussi pavé le chemin à la reconnaissance des violences gynécologiques et obstétricales.

Cela étant dit, les initiatives citoyennes et militantes auxquelles tu réfères ont permis l'émergence et la reconnaissance de ces violences. Elles font écho à des textes de lois dans certains pays d'Amérique du Sud qui encadrent les soins obstétricaux et reconnaissent aux femmes le droit d'accoucher sans être violentées; de recevoir des soins respectueux et de qualité, peu importe leur revenu, leur orientation sexuelle ou la couleur de leur peau.

Au Québec, parce que nous sommes un pays où les soins de santé sont jugés de qualité dans leur ensemble, qu'ils reposent sur des valeurs d'universalité, d'équité, d'accessibilité, nous nous sommes longtemps perçus comme étrangers à ces dénonciations de soins irrespectueux. Les professionnels de la santé sont bien formés, leur travail est encadré par des normes professionnelles, donc nous nous sommes senties moins concernées par ces histoires, que nous comprenions comme des faits isolés. Après tout, les femmes et les personnes ayant la capacité de devenir enceintes continuent de recevoir des soins de santé reproductive ou obstétricaux. Et puis, nous n'avons pas de chiffres pour comprendre réellement de quoi il est question. Comme on le dit : « Ce qu'on ne compte pas, finit par ne plus compter ».

L'an dernier, le Fonds de recherche du Québec société et Culture, en collaboration avec le ministère de la Santé et des services sociaux, sous l'impulsion du Secrétariat à la condition féminine du Québec, a choisi le thème de l'humanisation des soins gynécologiques et obstétricaux comme un domaine prioritaire pour la recherche. Cette décision faisait suite à une consultation de groupes et de chercheur.es sur les priorités émergentes en santé. Notons que l'autre thème retenue était la charge mentale vécue par les femmes. Ce n'est pas rien, pour des milieux qu'on dit habituellement conservateurs et peu à l'écoute.

Pour ma part, j'étais ravie qu'on cible précisément ce sujet. Parce que lorsque j'ai présenté en 2014 une première demande de subvention sur le sujet de la violence obstétricale à la suite d'une invitation du groupe Naissance-respectée et de sa coordonnatrice Lorraine Fontaine, la réponse du comité de pairs évaluateurs a été : « *C'est intéressant comme projet, mais est-ce que ça existe vraiment la violence obstétricale? Il n'y a rien dans la littérature scientifique!* » J'ai donc dû réécrire la demande en précisant que je ferais une analyse conceptuelle sur ce sujet, ce qui m'a permis de montrer, entre autres, comment plusieurs termes sont utilisés pour parler de ce sujet, sans utiliser le vocable violence.

2. Quelle est l'importance de la subvention que tu as obtenue pour documenter le phénomène? Quelles sont les retombées espérées?

La subvention est très importante, du moins selon moi, pour plusieurs raisons. La première, et la plus importante, c'est qu'elle reconnaît l'existence d'une situation problématique. On cible ce sujet, qu'on appelle l'humanisation des soins gynécologiques et obstétricaux dans l'appel à projets, et on consacre de l'argent à un projet de recherche qui permettra de dresser un état des lieux. Pour moi, c'est une reconnaissance politique et sociale, que les soins en gynécologie et en obstétrique ne sont pas toujours à la hauteur de ce qu'ils devraient être.

Ce type de subvention, qu'on appelle des actions concertées, est réalisé en collaboration avec des ministères, comme je le mentionnais plus tôt. Le processus d'accompagnement, et même d'attribution de ces projets diffère un peu des autres types de subventions. Il y a une première sélection des projets sur la base des lettres d'intention soumises par les chercheuses/équipes de recherche, puis on invite ensuite les chercheurs retenus à développer un projet qui sera soumis à une évaluation scientifique par des pairs. Ce ne sont donc pas des contrats ou une commande gouvernementale, mais une proposition de projets qui répond aux principaux besoins exprimés dans l'appel à projets, tout en permettant aux équipes de recherche une autonomie dans la rédaction des objectifs poursuivis. Ensuite, ce type de projets bénéficie (ou est soumis!, c'est selon le point de vue) à un accompagnement plus serré afin que les acteurs-clés dans les ministères concernés puissent suivre l'évolution du projet dans le but non pas d'intervenir dans celui-ci, mais bien d'intégrer rapidement les

résultats qui en découlent. Et ça pour moi, c'est très important, car comme équipe de recherche, on veut que nos résultats influencent la pratique. C'est donc la première raison pour laquelle cette subvention est importante.

Cette subvention est importante dans un deuxième temps parce qu'elle va permettre d'avoir des retombées. Premièrement, elle va nous permettre de recueillir des données sur les soins gynécologiques et les soins obstétricaux qui ont été reçus au Québec dans les 7 dernières années, à partir du point de vue des personnes qui ont reçu ces soins. On va recueillir des données quantitatives, via une enquête en ligne et des données qualitatives, via des entretiens individuels. Ces deux volets combinés vont permettre d'explorer comment sont vécus les soins, quelles dimensions de ces soins sont lacunaires, quels sont les besoins des personnes en termes de soins de santé respectueux, mais aussi quelles expériences de violences gynécologiques et obstétricales sont rapportées? Dans quels contextes ces violences se produisent-elles?

Enfin, ce projet va aussi permettre de recueillir les perspectives des personnes qui dispensent les soins, à la fois par un questionnaire anonyme et par des groupes de discussion. Ces perspectives situées permettant de bien analyser la situation des soins reproductive au Québec.

3. Pourquoi avoir choisi de collaborer avec une grande diversité de milieux? Quelle place est accordée aux personnes qui vivent les violences obstétricales/gynécologiques?
  - Embuches, difficultés ou forces de la collaboration intersectorielle pour une telle recherche.
  - La création de canaux de communication entre patient.e.s et institutions est-elle envisageable?

Pour moi, ça me semblait logique de travailler sur un projet de recherche avec les personnes qui sont directement concernées par les situations de soins gynécologiques et obstétricaux. Je pense que ça vaut la peine de mentionner ici qu'il ne s'agit pas d'un projet de recherche-action, mais bien d'un projet de recherche. Pour les gens qui sont moins familiers avec la nomenclature en recherche, une recherche-action aurait comme visée par exemple de transformer les pratiques. Un projet de recherche vise par exemple à tester une hypothèse ou, dans le cas présent, à mettre en lumière une situation donnée.

Cela étant dit, nous avons choisi de rassembler au sein du projet les groupes qui travaillent directement auprès des personnes qui reçoivent les soins et qui sont plus susceptibles d'y vivre des mauvais traitements ou des violences. Ces groupes possèdent une expertise nécessaire pour alimenter les réflexions sur les soins gynécologiques et obstétricaux et sur les enjeux vécus par leurs membres. Nous avons aussi choisi d'intégrer au sein du projet les ordres professionnels des membres du personnel soignant qui procurent ces soins et les associations professionnelles. Leur apport est aussi important pour comprendre les contextes de soins.

Nous n'avons pas retenu dans les phases de recherche l'intégration des personnes expertes de vécu. Leur apport sera toutefois important dans la phase de création, où des productions sous différentes formes seront développées (affiches, capsules vidéo, data art). Je tiens à rappeler que la très grande majorité des personnes qui composent l'équipe de recherche (chercheuses, étudiantes, partenaires) sont des femmes et plusieurs ont vécu ou ont des proches qui ont vécu des situations où certains aspects des soins étaient soit violentes, brimaient certains droits ou n'étaient pas à la hauteur de leurs besoins. Ces expériences résonnent.

Pour les embûches, je vais être honnête; ça aurait été vraiment plus simple pour moi comme chercheuse de travailler uniquement avec quelques collègues sur cette question, plutôt que de mener un projet aussi imposant par sa diversité d'expertises et de perspectives. Pour être honnête, c'est intimidant et même angoissant. C'est aussi énergivore et plus long comme processus. Mais en même temps, on ne peut pas faire autrement, si on veut produire un état des lieux qui répond aux besoins des personnes qui reçoivent ces soins et fournir des recommandations éclairées pour que ces soins soient à la hauteur des besoins et des attentes.

Outre le temps et l'énergie que demande un partenariat de recherche, il y a les perspectives situées qui peuvent être difficile à arrimer et les besoins qui diffèrent. Si on prend des groupes de défenses de droits qui travaillent depuis plusieurs années à faire reconnaître l'existence des violences gynécologiques, leur perspective diffère d'un groupe qui est moins engagé ou sensibilisé à ces formes de violences. Leur perspective diffèrera aussi nécessairement d'une association professionnelle qui regroupe du personnel soignant. Dans le même sens, la perspective de cette association professionnelle est aussi susceptible d'être différente de celle portée par un ordre professionnel, dont l'existence repose sur la protection du public. Certains membres sont aussi regroupés autour de mandats divers, dont la défense des droits vécus par les personnes racisés, de la diversité sexuelle, pour ne nommer que eux-ci. Les enjeux vécus par leurs membres les amènent donc à adopter parfois des besoins communs avec d'autres membres du projet, parfois des besoins différents. L'enjeu, pour moi qui dirige ce projet, c'est de viser à ce que celui-ci réponde au plus grand nombre de besoins des membres.

Selon moi, après plusieurs mois de fonctionnement, je crois que les forces de réunir plusieurs membres d'horizons différents surpassent les défis et les embûches associés, lorsqu'on garde en tête les buts du projet. Nous aurons une crédibilité plus grande, une meilleure connaissance des situations de soins respectueux et irrespectueux qui se passent au Québec, une ouverture sur le vécu et la perspective des soignant.es. Les recommandations qui seront formulées à la suite de la réalisation de ce projet de recherche sont plus susceptibles d'être intégrées dans les pratiques de soins si elles sont portées par des membres.

4. Pourquoi/par quels mécanismes les voix des personnes minorisées sont-elles systématiquement étouffées par les institutions et le milieu médical?

Dans ce que tu poses comme question, il y a plusieurs éléments à discuter.

- 1) Les recherches démontrent que des gestes de violence sont observés chez tous les groupes de femmes et de personnes recevant des SOG. Ce qui ne revient pas à dire que tout le monde vit des VOG, mais que toutes sont susceptibles d'en vivre.
- 2) Les recherches sur les VOG pointent clairement vers une surreprésentation de celles-ci chez les femmes autochtones, les femmes racisées, les femmes dont le/la partenaire est racisé, mais aussi les femmes qui ont un moins grand revenu et les personnes de la diversité sexuelle et de genre.
- 3) Les recherches montrent que les femmes et les personnes ont diverses réactions lors de ces soins violents : certaines vont figer et endurer (je veux juste que ça se finisse), d'autres vont vocaliser leur ressenti, d'autres vont quitter le soin, d'autres ne reviendront plus. Certains vont revenir accompagnées. On voit donc une série de comportements diversifiés, et à ma connaissance, ces stratégies et réactions n'ont pas été étudiées en fonction du positionnement social.
- 4) Certains écrits montrent la présence de préjugés et de biais inconscients chez le personnel médical par rapport à certains groupes. Par exemple, penser que les femmes ménopausées exagèrent leurs symptômes de douleur. Ou encore que les femmes africaines accouchent plus facilement et presque sans douleur. Ces écrits tendent à montrer que le personnel soignant sera influencé par ces préjugés qui influenceront leurs attitudes et comportements. L'expression de la douleur par les femmes méditerranéennes ou africaines, par exemple, ne sera donc pas crue.
- 5) Une très petite proportion des personnes qui ont vécu des VOG entreprendront un recours pour obtenir une réparation, une condamnation en déontologie ou des excuses. À ma connaissance, nous n'avons pas de données sur ce point (nous en aurons l'an prochain!). Face à cette absence de données, nous ne pouvons pas non plus établir que certains groupes sont encore moins entendus lors des recours.

Il est donc difficile, comme chercheuse, de pouvoir affirmer, preuves empiriques à l'appui, que les voix des femmes et des personnes minorisées qui reçoivent des soins de santé reproductive sont systématiquement étouffées, que ce soit lors des événements ou des recours à la suite de ceux-ci. Cependant, j'ajouterais que c'est une affirmation très vraisemblable, surtout si on s'appuie sur ce qui peut être vécue dans d'autres domaines.

5. Comment changer un système médical qui s'est construit avec comme référent le corps de l'homme blanc cis?

Toute une question... Je n'ai pas de réponse complète à celle-ci, sinon des pistes d'actions qui n'ont rien de très novatrices. En continuant de porter à l'avant-plan la voix des femmes et des personnes qui ont vécu des VOG ou des soins irrespectueux, et en particulier les personnes minorisées dont les voix sont moins souvent entendues. En

travaillant pour que leurs expériences, leur vécu nous permette de corriger ces situations où les droits humains sont bafoués.

En collectivisant les expériences, en déculpabilisant les personnes qui les ont vécues, en attribuant le blâme aux individus, mais aussi aux systèmes qui leur permettent de continuer. Parce qu'il ne faut pas porter un regard uniquement micro, centré sur l'interaction entre deux individus, lorsqu'il est question de VOG. Il faut montrer et dénoncer les contextes qui facilitent la tenue de ces soins et, peut-être, les normalisent.

Car, lorsqu'on y pense :

- Ce n'est pas acceptable de ne pas avoir accès à un médecin.
- Ce n'est pas acceptable qu'une infirmière entre à son quart de travail, sans savoir à quel moment elle va pouvoir sortir.
- Ce n'est pas acceptable qu'un médecin ne puisse pas prendre plus que 10 minutes avec une patiente parce que son « caseload » est trop rempli.
- Ce n'est pas acceptable que les salles d'examen ou d'accouchement ne soit pas adaptée pour les personnes vivant en situation d'handicap ou les personnes grosses.

Des changements systémiques sont nécessaires.

Enfin, il faut revoir les cursus universitaires, diversifier les vécus qui y sont présentés, présenter ce qui n'y est pas, c'est-à-dire des corps non-blancs, non-cis. Il faut revoir les processus d'admission, s'assurer d'une diversité au sein même des professions.