

**DISCRIMINER LE MIRACLE DE LA VIE : LA VIOLENCE OBSTÉTRICALE  
CHEZ LES PERSONNES NOIRES ET AUTOCHTONES  
DANS LES INSTITUTIONS DE SANTÉ  
AU CANADA**

Par : Katherine Novello-Vautour

Mémoire déposé à  
l'École de service social  
en vue de l'obtention de la maîtrise en service social

sous la direction de la professeure Stéphanie Garneau

Septembre 2021

## Résumé

L'objectif de cette recherche était d'identifier les violences vécues par les personnes Noires et Autochtones durant la grossesse, l'accouchement et la périnatalité dans les établissements de santé au Canada, et de comprendre la nature de ces violences ainsi que les cadres d'oppression qui y contribuent à partir de témoignages disponibles publiquement sur internet. Une analyse documentaire a permis d'identifier trois formes principales de violence dans les témoignages : l'attitude du personnel, la déshumanisation et la négligence médicale, ainsi que le racisme. L'analyse a également permis d'identifier les effets que ces violences ont eus sur les personnes ayant témoigné, ainsi que certaines stratégies d'agentivité.

L'analyse intersectionnelle des résultats à partir de la matrice de domination de Collins (1990) a proposé que les violences obstétricales se déroulent dans les domaines structurel, disciplinaire, hégémonique, interpersonnel, et psychique et incorporé du pouvoir. Cette analyse a également suggéré que les idéologies coloniales et racistes, le patriarcat, l'hétéronormativité, le cisgenrisme ainsi que l'âgisme, sont toujours présents au sein des établissements de soins au Canada et qu'ils s'imbriquent pour influencer la qualité des soins de santé ainsi que les interactions entre le personnel médical et les personnes recevant les soins.

## Remerciements

Un éternel merci à mes parents sans qui rien de tout cela aurait été possible. Votre support et votre amour inconditionnels m'ont permis de me rendre là où plusieurs personnes doutaient que je puisse me rendre un jour. Merci de votre patience qui a probablement été souvent mise à l'épreuve et pour votre aide à me relire et à corriger mes travaux à des heures parfois tardives. Je suis éternellement reconnaissante et je vous aime gros comme l'univers!

Un éternel merci également à mon fiancé Joey, pour sa patience extraordinaire et son support inconditionnel. Merci de me remonter le moral et de m'encourager lorsque ça va moins bien. Merci d'avoir pris la plus grosse partie des responsabilités à la maison pour me laisser la chance et le temps de me concentrer à l'écriture. Merci d'être là et d'être toi. Je t'aime!

Un très gros merci à ma famille, à ma belle-famille et à mes amis de m'avoir permis de leur casser les oreilles avec ma recherche. Merci de votre amour, votre humour et votre support. Je vous aime tous et toutes.

Un très gros merci également à mes collègues et à ma superviseure pour vos encouragements et votre intérêt envers ma recherche. J'apprécie énormément!

Un immense merci à ma directrice de mémoire Stéphanie Garneau! Ta patience, ton écoute, tes conseils et tes commentaires ont été indispensables à l'écriture de ce mémoire et j'en suis vraiment très reconnaissante.

Enfin, un grand merci aux personnes qui ont publié leurs témoignages sur internet. Vous ne lirez probablement jamais ceci, mais sans votre témoignage, cette recherche n'aurait définitivement pas été possible. Merci pour votre agilité et j'espère sincèrement y avoir rendu justice.

## Avant propos

Mon intérêt pour la problématique des violences obstétricales et gynécologiques vient de mes propres expériences négatives dans le système de santé. Étant atteinte d'endométriose, j'ai souvent eu droit à des interactions désagréables, limite abusives et négligentes, de la part de certains professionnels de la santé.

Par ailleurs, en m'intéressant aux violences obstétricales vécues par les personnes Noires et Autochtones, je ne peux prétendre, en tant que femme cisgenre et blanche, comprendre leur expérience singulière et, conséquemment, je ne peux me permettre de parler à leur place. Mon but, ici, est plutôt de mettre l'expérience des personnes Noires et Autochtones au centre de cette recherche et de dénoncer avec elles la présence de la discrimination et des injustices qu'elles peuvent vivre dans le système de santé relativement aux soins obstétricaux.

Je tiens également à préciser que dans ce mémoire, sauf lorsqu'il s'agissait de respecter les études et travaux rapportés par d'autres auteur-trice-s, le mot « personne » a été préféré à celui de « femme » dans un but d'inclusivité. En effet, l'une des personnes dont le témoignage a été retenu s'identifiait comme personne bi-spirituelle. L'identité bi-spirituelle se définit comme étant la traduction française du terme Ojibwée *niizh manidoowag*, qui réfère à une personne s'identifiant comme ayant un esprit féminin et un esprit masculin (Filice, 2015). Ainsi, toutes les personnes disposant d'un utérus ne s'identifient pas forcément comme femmes, et donc toutes les femmes qui reçoivent des soins obstétricaux ne répondent pas forcément aux normes cisgenres. Afin de respecter l'identité de genre de cette personne bi-spirituelle, et dans un but de ne pas reconduire moi-

même les violences de genre qui peuvent avoir cours dans le milieu médical, l'utilisation du mot personne était ainsi plus approprié.

# Table des matières

Résumé.....	I
Remerciements .....	II
Avant propos.....	IV
Table des matières .....	VI
Liste des tableaux.....	VIII
Introduction.....	1
<b>Chapitre 1 : Problématique et recension des écrits.....</b>	<b>3</b>
1.1 Définition des violences obstétricales .....	3
1.2 Les manifestations des violences obstétricales .....	5
1.3 Impacts des violences obstétricales .....	6
1.4 Survol historique de l'histoire des personnes Noires et Autochtones au Canada en lien avec la maternité.....	9
1.4.1 L'histoire des personnes Noires au Canada en lien avec la maternité.....	9
1.4.2 L'histoire des personnes Autochtones au Canada en lien avec la maternité.....	13
1.5 Situation actuelle des personnes Noires et Autochtones en lien avec la maternité .....	19
1.5.1 Situation des personnes Noires au Canada face aux soins obstétricaux.....	19
1.5.2 Situation des personnes Autochtones au Canada face aux soins obstétricaux .....	22
<b>Chapitre 2 : Cadre théorique .....</b>	<b>26</b>
2.1 Le féminisme et le féminisme noir.....	26
2.2 Intersectionnalité.....	30
2.3 La matrice de la domination.....	33
2.3.1 Domaine du pouvoir structurel.....	35
2.3.2 Domaine du pouvoir disciplinaire .....	36
2.3.3 Domaine du pouvoir hégémonique .....	36
2.3.4 Domaine du pouvoir interpersonnel .....	37
2.3.5 Domaine du pouvoir psychique et incorporé .....	38
<b>Chapitre 3 : Méthodologie .....</b>	<b>40</b>
3.1 Population choisie .....	40
3.2 Cueillette des données.....	41
3.3 Analyse des données .....	42

<b>Chapitre 4 : Les formes de violence obstétricale.....</b>	<b>45</b>
4.1 <i>L'attitude du personnel médical.....</i>	47
4.1.1 Le dénigrement sexiste de la sexualité féminine.....	47
4.1.2 Le détournement cognitif .....	49
4.2 <i>La déshumanisation et les négligences médicales .....</i>	51
4.2.1 La déshumanisation .....	51
4.2.2 Les négligences médicales .....	54
4.3 <i>Le racisme.....</i>	57
4.4 <i>Les effets des violences obstétricales et l'agentivité.....</i>	60
<b>Chapitre 5 : Les violences obstétricales à l'aune de la matrice de domination.....</b>	<b>63</b>
5.1 <i>Le domaine structurel.....</i>	63
5.2 <i>Le domaine disciplinaire .....</i>	66
5.3 <i>Le domaine hégémonique .....</i>	67
5.4 <i>Le domaine interpersonnel.....</i>	69
5.5 <i>Le domaine psychique et incorporé.....</i>	71
<b>Bibliographie.....</b>	<b>77</b>

## Liste des tableaux

TABLEAU #1 : STATISTIQUES SUR LA SANTÉ INFANTILE DES POPULATION AUTOCHTONES AU CANADA .....	22
TABLEAU #2 : INFORMATIONS SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PERSONNES AYANT ÉCRIT LES TÉMOIGNAGES .....	46

## **Introduction**

On peut affirmer qu'au Canada, la maternité chez les personnes Noires et Autochtones a été exploitée et utilisée à travers l'histoire comme instrument de contrôle et d'assimilation. Le corps des personnes et des femmes Noires et Autochtones a également été utilisé comme instrument d'expérimentation pour faire avancer la médecine telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui (Stote, 2017; El-Mowafi & collab., 2021; Bristow & collab., 2000 ; Cooper, 2000; Jasen, 1997). Il existe encore aujourd'hui une importante disparité dans l'accès et dans la qualité des soins de santé obstétricale pour les personnes Noires et Autochtones, et plusieurs études suggèrent la présence de mauvais traitements et de violence envers ces personnes dans les établissements de soins au Canada (Mitchell & Herbert, 2014 ; Patychuk, 2011 ; Enang, 1999; Clarke, 2021 ; Stote, 2015; Ryan, Ali & Shawana, 2021).

Le concept de violence obstétricale intéresse de plus en plus, et quelques regroupements se sont créés pour militer contre ces violences et effectuer des recherches sur la problématique. Par ailleurs, ces regroupements se sont très peu intéressés aux expériences négatives et de violence pendant les soins obstétricaux chez les personnes racisées. Afin de mieux comprendre ces expériences, cette recherche cherchera à répondre à la question suivante : *Comment les violences obstétricales se manifestent dans la vie des personnes Noires et des personnes des Premières nations, Inuits et Métis ayant donné naissance dans un établissement de soins de santé au Canada?*

Afin de répondre à cette question, je débiterai en présentant la problématique, en définissant ce que sont les violences obstétricales, en décrivant comment elles se manifestent et en examinant leurs impacts. Je ferai ensuite un survol historique de l'histoire des personnes Noires et Autochtones en lien avec la maternité, puis je présenterai un bilan de la situation. Je poursuivrai au deuxième chapitre avec l'élaboration du cadre théorique, en discutant du féminisme Noir et de l'intersectionnalité, ainsi que de la matrice de domination de Patricia Hills Collins (1990). Je présenterai mes choix méthodologiques dans le troisième chapitre en décrivant la population choisie, la cueillette de données et la technique d'analyse documentaire. Au quatrième chapitre, je présenterai une analyse descriptives des témoignages, puis je terminerai par l'interprétation des résultats au moyen de la matrice de domination de Collins.

## **Chapitre 1 : Problématique et recension des écrits**

Dans ce chapitre, je présenterai ce que sont les violences obstétricales en commençant par la définition du concept, puis en expliquant comment elles se manifestent et quels sont leurs effets sur la vie des personnes qui les vivent. Je poursuivrai ensuite en faisant un bref survol historique de l'histoire des personnes Noires et Autochtones au Canada en lien avec la maternité, pour comprendre les racines des oppressions qu'elles vivent toujours aujourd'hui. Je discuterai également de la situation actuelle des soins obstétricaux pour ces personnes racisées. Je terminerai ce chapitre en discutant des objectifs de cette recherche.

### **1.1 Définition des violences obstétricales**

Le concept des violences obstétricales est un concept assez nouveau. Ce concept a vu le jour au Venezuela en 2007 dans les suites d'une série d'articles scientifiques qui dénonçaient les pratiques déshumanisantes de l'accouchement dans les établissements de santé et des démarches militantes de femmes qui dénonçaient et témoignaient des violences et des abus subis durant leur accouchement (Pérez D'Grégorio, 2010 ; Lévesque & collab., 2016 ; Labrecque, 2018 ; Lévesques & collab., 2018 ; Grenier, 2019 ; Landry, 2019). C'est également au Venezuela qu'a été adoptée la toute première loi pour lutter contre les violences obstétricales sous peine d'amendes et d'une dénonciation à l'ordre professionnel des médecins et des infirmières (Pérez D'Grégorio, 2010). Plusieurs pays, tels que l'Argentine, le Mexique et le Brésil, ont également reconnu l'existence de ces violences et

ont mis en place des lois pour lutter contre elles sous peine d'amendes ou d'emprisonnement (Landry, 2019).

En 2014, l'Organisation Mondiale de la Santé a reconnu les violences obstétricales comme un problème de société à travers le monde et a sommé les pays membres de l'OMS de reconnaître et d'agir dans le but d'enrayer ce problème (OMS, 2014). Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français a également reconnu l'existence de ces violences dans les hôpitaux français, ce qui a suscité la mise en place d'un plan pour éviter les situations de violence durant les accouchements (Méréo, 2019).

Au Québec, bien qu'elles soient grandement dénoncées par les associations féministes, par les chercheur-euse-s universitaires et par les personnes les ayant subies, les violences obstétricales ne sont toujours pas reconnues par le gouvernement et par le corps médical et ne sont pas très bien connues de la population en général (Lévesque & *collab.*, 2016 ; Labrecque, 2018 ; Lévesque & *collab.*, 2018 ; Grenier, 2019 ; Landry, 2019).

Aujourd'hui encore, les associations, les organisations féministes et les chercheur-euse-s, continuent d'organiser des espaces pour permettre aux personnes de témoigner de leurs expériences et continuent de se battre avec acharnement pour faire reconnaître l'existence de ces violences par les institutions gouvernementales et médicales (Regroupement Naissance-Renaissance, 2011 ; Lévesque & *collab.*, 2016; Lévesque & *collab.*, 2018).

## 1.2 Les manifestations des violences obstétricales

La plupart des écrits sur le sujet situent les violences obstétricales à l'intersection des violences institutionnelles, des violences systémiques et des violences de genre (Grenier, 2019 ; Lévesque & collab., 2018).

Bien qu'aucune recension n'ait été faite pour connaître le nombre de personnes ayant été victimes de violences obstétricales au Canada et qu'aucun chiffre exact ne soit disponible, les nombreux témoignages reçus par les organisations féministes et par les chercheur-euse-s dans le domaine montrent que ces violences existent et qu'elles sont bien présentes dans ce pays (Bergeron & collab., 2019). Dans sa recherche sur l'opérationnalisation des violences obstétricales, Labrecque (2018) classe ces violences en quatre catégories distinctes : la pathologisation, la déshumanisation, l'absence de consentement libre et éclairé et la préséance des protocoles sur les besoins de la personne patiente (Labrecque, 2018).

Ainsi, nous retrouvons l'abus de médication et les techniques de déclenchement et d'accélération du travail sous la catégorie de la pathologisation, la violence physique et psychologique sous la catégorie de la déshumanisation, l'épisiotomie, l'injection d'ocytocine et le « point du mari » (une intervention qui consiste à recoudre le vagin de la femme qui vient d'accoucher un peu plus serré pour plaire à son mari) sous la catégorie de l'absence de consentement libre et éclairé avant de faire une intervention, et finalement, le roulement du personnel, les touchers vaginaux répétés et le monitoring en continu sous la catégorie de la préséance des protocoles sur les besoins de la personne patiente (Labrecque, 2018).

Ces violences sont également décrites et dénoncées dans plusieurs études, dont celles du Regroupement Naissance-Renaissance (2011), de Lévesque & collab. (2016), de Lévesque & collab. (2018), de Landry (2019), de Grenier (2019), et de Bergeron & collab. (2019).

Landry (2019) ajoute les violences sexuelles aux violences obstétricales puisque les touchers vaginaux à répétition sans demander le consentement, l'absence d'intimité, le va-et-vient constant du personnel soignant et l'exposition constante des organes génitaux au personnel soignant sont souvent perçus comme des violences sexuelles par les personnes les ayant vécues (Landry, 2019). Selon le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes de la République Française (2018), ces violences « s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes » (HCE, 2018, p. 3).

### **1.3 Impacts des violences obstétricales**

Les conséquences des violences obstétricales sont nombreuses et touchent plusieurs sphères de la vie de la femme (Landry, 2019).

Sur le plan physique, l'utilisation d'instruments de façon brusque et les techniques non justifiées peuvent provoquer chez certaines personnes des conséquences sur leur santé physique (Lévesque & collab., 2016 ; Labrecque, 2018 ; Bergeron & collab., 2018 ; Landry, 2019). Parmi ces conséquences, nous retrouvons le développement de problèmes d'incontinence, des douleurs persistantes aux organes génitaux plusieurs mois après

l'accouchement, la compression de nerfs résultant en une incapacité partielle à bouger durant plusieurs semaines, des douleurs constantes durant et après les relations sexuelles, et des problèmes de lactation (Lévesque & collab., 2016 ; Labrecque, 2018 ; Bergeron & collab., 2018 ; Landry, 2019).

Sur le plan de la santé mentale, l'expérience des violences a des conséquences importantes pour les personnes les ayant vécues. Toutes les études qui relatent les conséquences de ces violences ont montré la présence d'un stress post-traumatique, d'une perte d'estime de soi, du développement de troubles dépressifs ou/et anxieux, de difficultés à développer un lien avec le nouveau-né et d'une perte de confiance envers le corps médical après l'accouchement (Lévesque & collab., 2016 ; Bergeron & collab., 2019 ; Labrecque, 2018 ; Landry, 2019).

Ces violences ont également des conséquences sur le plan social chez les personnes qui les ont vécues. En effet, les études montrent que ces personnes vont s'isoler pour éviter le regard et le jugement des autres (Lévesque & collab., 2016 ; Bergeron & collab., 2019 ; Labrecque, 2018 ; Landry, 2019).

Des problèmes dans le couple font également partie des conséquences de la violence obstétricale en raison d'une perte de confiance ressentie par la personne patiente envers son conjoint ou sa conjointe qui ne l'a pas défendue durant l'accouchement (Lévesque & collab., 2016 ; Bergeron & collab., 2019 ; Labrecque, 2018 ; Landry, 2019).

Finalement, l'étude de Landry (2019) explique que le traumatisme dû aux violences vécues durant l'accouchement ne serait pas uniquement vécu par les femmes, mais également par le père qui assiste à l'accouchement. L'auteur explique que plusieurs pères

souffrent également de trauma en ayant vu leur conjointe subir ces violences et s'en veulent de n'avoir rien fait pour les aider (Landry, 2019).

De plus, plusieurs études montrent une forme de discrimination marquée dans l'attitude des soignants, en raison notamment de l'orientation sexuelle, la couleur de peau, un handicap, l'âge, etc., des personnes qui accouchent (Regroupement Naissance-Renaissance, 2011 ; Lévesque & *collab.*, 2016 ; Lévesque & *collab.*, 2018 ; Labrecque, 2018 ; Landry 2019 ; Grenier, 2019 ; Bergeron & *collab.*, 2019 ; Hill, 2019). Cette forme de discrimination prend, entre autres, la forme de commentaires déplacés, d'une déshumanisation marquée, d'une qualité de soin amoindrie et d'un sentiment de mépris de la part du personnel soignant (Regroupement Naissance-Renaissance, 2011 ; Lévesque & *collab.*, 2016 ; Lévesque & *collab.*, 2018 ; Labrecque, 2018 ; Landry 2019 ; Grenier, 2019 ; Bergeron & *collab.*, 2019 ; Hill, 2019).

Les personnes racisées étant susceptibles de subir des formes particulières de violences obstétricales du fait même de leur racisation, ce sont aux personnes Noires et Autochtones que je m'intéresserai particulièrement dans cette recherche. Pour mieux comprendre leur position singulière dans les rapports sociaux de domination, y compris face à l'institution médicale, je m'attarderai aux formes d'oppression historiques vécues par les personnes Noires et Autochtones au Canada relativement aux soins obstétricaux.

## **1.4 Survol historique de l’histoire des personnes Noires et Autochtones au Canada en lien avec la maternité**

### *1.4.1 L’histoire des personnes Noires au Canada en lien avec la maternité*

L’histoire des personnes identifiées comme femmes Noires est très peu documentée au Canada et encore moins en ce qui a trait à la santé. Elle a souvent été invisibilisée dans l’histoire des femmes et dans l’histoire des Noirs (El-Mowafi & collab., 2021; Bristow & collab., 2000 ; Cooper, 2000). De plus, l’histoire des personnes Noires au Canada s’entrecroise beaucoup avec l’histoire des personnes Noires aux États-Unis et dans les Caraïbes, en raison du commerce d’esclaves, de la fuite de plusieurs esclaves des États-Unis pour trouver une liberté au Canada et des différentes vagues d’immigration (El-Mowafi & collab., 2021; Bristow & collab., 2000 ; Cooper, 2000). Selon plusieurs chercheur-euse-s, l’inéquité dans les soins de santé, et particulièrement dans les soins obstétricaux, viendrait directement de l’esclavage (Prather & Collab., 2018 ; El-Mowafi & collab., 2021 ; Stote, 2017 ; Owens & Fett, 2019).

Au Canada, l’esclavagisme a été présent de 1628 jusqu’à son abolition en 1793 (en Ontario) et en 1834 dans le reste du Canada. La population d’esclaves Noir-e-s a réellement augmenté après la fin de la Guerre de Sept Ans, laquelle a été remportée par les Britanniques en 1763 (Elgersman, 1999). Une deuxième vague d’esclaves est arrivée au Canada avec leurs maîtres loyalistes à la fin de la révolution américaine, puis une troisième vague entre les années 1815 et 1865, lorsque des esclaves s’enfuyant des États-Unis par les tunnels souterrains sont venus tenter de trouver la liberté au Canada (Shadd, 1994).

Durant cette période de l'esclavagisme, le corps des personnes Noires était complètement objectifié. Ces personnes étaient considérées comme un bien qui était vendu, échangé et même légué aux descendants de leur maître après leur décès (Bristow & Collab., 2000). Particulièrement, les personnes identifiées comme des femmes Noires étaient considérées comme étant fortes et fertiles. Conséquemment, elles étaient beaucoup plus profitables et rentables pour les maîtres d'esclaves que les hommes puisqu'à la naissance, leurs enfants avaient automatiquement le statut d'esclave (Stote, 2017; El-Mowafi & collab., 2021; Bristow & collab., 2000 ; Cooper, 2000).

Cet engouement pour la fertilité des femmes esclaves s'est accru après l'abolition du commerce d'esclaves transatlantique par l'Angleterre et les États-Unis en 1807-1808 (Cooper Owens & Fett, 2019). Certaines esclaves étaient même vendues pour devenir des « machines à reproduction » (Prather & Collab., 2018). Les agressions sexuelles étaient aussi communes pour les personnes esclaves identifiées comme des femmes. Des récits de ces personnes racontent les agressions sexuelles commises par leur maître ou par les amis de leur maître. D'ailleurs, il n'était pas rare que ces personnes tombent enceintes à la suite de ces agressions et que l'enfant devienne l'esclave de son géniteur (Stote, 2017; El-Mowafi & collab., 2021; Bristow & collab., 2000 ; Cooper, 2000 ; Cooper Owens & Fett, 2019).

Durant l'esclavagisme, le corps des femmes esclaves a également servi à la science. Ainsi, aux États-Unis, on sait que le Dr. James Marion Sims, aujourd'hui surnommé « le père de la gynécologie moderne », utilisait des femmes esclaves pour pratiquer des chirurgies gynécologiques et reproductives expérimentales, sans anesthésie (Prather & Collab., 2018 ; Christmas, 2021). Il arrivait également souvent que d'autres médecins

perfectionnent leurs techniques chirurgicales en pratiquant des césariennes sans anesthésie sur des femmes esclaves (Prather & collab., 2018). Ces pratiques ont eu deux conséquences majeures : ces chirurgies ont grandement fait avancer la médecine gynécologique et ont confirmé, évidemment de façon erronée, le stéréotype selon lequel les femmes Noires ne ressentaient pas la douleur (El-Mowafi & collab., 2021; Prather & Collab., 2018 ; Christmas, 2021).

Les femmes esclaves n'étaient pas en demande que pour leur fertilité, elles l'étaient aussi du fait qu'elles avaient moins de chance de s'enfuir. Puisque leurs enfants avaient automatiquement le statut d'esclave à la naissance, ils devenaient ainsi la propriété du maître de leur mère. Si la mère voulait s'enfuir pour trouver la liberté, elle avait à faire face à une décision déchirante : s'enfuir avec son enfant en ralentissant sa fuite et en augmentant le risque d'être rattrapée, ou s'enfuir sans son enfant et laisser ainsi l'enfant dans des conditions d'esclavage (Shadd, 1994).

Selon Fraser & Reddick (1997) et Etowa (2012), l'accès aux établissements de soins n'a pas été rendu possible pour les personnes Noires avant la fin des années 1930, hormis pour les urgences ou pour prononcer leur décès (Fraser & Reddick, 1997 ; Etowa, 2012). Les personnes Noires se fiaient donc à des remèdes naturels appris de leurs ancêtres (Fraser & Reddick, 1997 ; Etowa, 2012). Conséquemment, pendant leur grossesse, l'accouchement et la période périnatale, elles étaient accompagnées d'une sage-femme habitant dans la communauté ou de femmes plus âgées de leur famille (Enang, 1999). Lorsque les établissements de soins sont devenus accessibles aux personnes Noires, plusieurs personnes Noires ont fait le choix de s'y rendre pour faire leurs suivis de grossesse et y accoucher puisque dans l'idée populaire, l'accouchement à l'hôpital était nettement plus

sécuritaire que l'accouchement à la maison (Mitchinson, 2002). Toutefois, cet énoncé n'était pas nécessairement vrai pour les personnes Noires.

En effet, dans son étude sur l'expérience d'accouchement des femmes Noires en Nouvelle-Écosse, Enang (1999) note que les femmes Noires faisaient face à beaucoup de racisme et de mauvais traitements de la part du personnel médical et des patientes blanches (Enang, 1999). Les femmes Noires étaient souvent déshumanisées, ignorées, négligées, et n'étaient pas traitées avec dignité (Enang, 1999). Si des complications survenaient durant la grossesse ou l'accouchement, les femmes Noires étaient souvent blâmées pour ce qui leur arrivait sans que le corps médical ne prenne en compte les facteurs environnementaux et sociaux dans lesquels elles vivaient. De plus, cela était partagé publiquement dans les revues médicales.

Par exemple, en 1945, dans une recherche sur la pré-éclampsie (la pré éclampsie est une complication en lien avec un taux de pression artérielle élevé chez la mère durant la grossesse, souvent fatal pour la mère et le bébé), deux médecins américains ont écrit dans le *Canadian Medical Association Journal* que malgré le taux identique de pré éclampsie chez les femmes blanches et les femmes Noires, les femmes Noires étaient plus à risque de développer de l'éclampsie puisqu'elles « ne sont pas coopératives avec leurs médecins et ne changent pas leurs diètes malgré les recommandations du médecin » (Traduction libre : Mitchinson, 2002, p.154).

Enfin, dans un rapport du Comité des droits humains au Sénat canadien sur les stérilisations forcées au Canada publié en 2021, Josephine Etowa émet l'hypothèse selon laquelle des femmes Noires n'auraient pas échappé au mouvement d'eugénisme et auraient été

stérilisées de force sans leur consentement (Comité des droits humains du Sénat Canadien, 2021). Selon Josephine Etowa, cette pratique serait toujours d'actualité aujourd'hui (Comité des droits humains du Sénat Canadien, 2021).

#### *1.4.2 L'histoire des personnes Autochtones au Canada en lien avec la maternité*

Contrairement à l'histoire des personnes Noires, l'histoire des personnes Autochtones au Canada quant aux soins et à la maternité est beaucoup mieux documentée.

Le Canada reconnaît la présence de trois groupes autochtones ; les Premières Nations, les Métis et les Inuits. On compte actuellement plus de 50 Premières Nations présentes dans 630 collectivités et 53 collectivités Inuits à travers le Canada (Gouvernement du Canada, 2021). La culture et les rites traditionnels varient dans toutes ces nations. Conséquemment, je resterai très générale dans ce survol historique.

Avant la colonisation de l'Amérique du Nord par les Français en 1603, les peuples autochtones ont vécu de manière autonome durant approximativement 30 000 ans en ayant leurs propres savoirs quant à la maternité, la grossesse et l'accouchement (Mann, 2018; Centre de Collaboration Nationale de la Santé Autochtone, 2012; Leitenberger, 1998, Jasen, 1997).

Ainsi, avant la colonisation, la maternité et tout ce qui l'entoure étaient sacrés pour les peuples Autochtones (Bédard, 2006 ; Cull, 2006 ; Bruyere, 2012 ; Shahram, 2017). La grossesse et l'accouchement étaient une expérience spirituelle pour la personne enceinte puisqu'on considérait la grossesse comme le lien entre la vie des esprits et la vie terrestre (Anderson, 2011, Bruyere, 2012). La grossesse et l'accouchement s'accompagnaient de

divers rites et cérémonies pour honorer la personne enceinte et pour donner un sentiment d'appartenance au bébé par l'intermédiaire de la mère (Anderson, 2011). Durant la grossesse, les personnes étaient soutenues par les femmes de la communauté qui s'assuraient du bien-être de la future maman et du bébé à l'aide de diètes particulières, de nouvelles habitudes de vie et de conseils (Anderson, 2011).

Les traditions de l'accouchement variaient selon les différentes sociétés Autochtones. Dans beaucoup de ces sociétés, l'accouchement était une pratique féminine impliquant plusieurs femmes de la communauté. Dans d'autres, tous les membres de la communauté avaient un rôle à jouer (ONSA, 2008 ; Bruyere, 2012). Dans tous les cas, les femmes se fiaient au résultat de l'écoute de leur corps et à leur instinct pour accoucher (Bruyere, 2012).

Une fois le bébé né, les grands-parents avaient souvent un rôle important à jouer pour s'en occuper pendant que la mère terminait d'accoucher. Plusieurs sociétés utilisaient ensuite le placenta ainsi que le cordon ombilical comme offrandes à la terre en les accrochant à un arbre ou en les plantant dans la terre (O'Driscoll & Collab, 2011).

Les colons français ont été fascinés par le corps des femmes Autochtones et par les méthodes d'accouchement des peuples Autochtones (Jasen, 1997). Selon ce qui est écrit dans plusieurs récits de colons français, les accouchements des femmes autochtones étaient perçus comme étant indolores et animaux (Jasen, 1997). Les femmes autochtones, lors de la grossesse et de l'accouchement, étaient décrites par les colons français comme étant fortes, instinctives et indépendantes. Ces adjectifs avaient une connotation négative pour

les Français puisqu'ils étaient contraires à la vision d'une femme « civilisée », qui se devait d'être fragile et soumise (Jasen, 1997).

Le corps et la maternité des femmes Autochtones ont d'ailleurs été instrumentalisés pour favoriser la colonisation et l'assimilation des peuples Autochtones à l'aide de politiques et de lois (Brownlie, 2005 ; Shahram, 2017).

En 1876, la *Loi sur les Indiens* est adoptée et met les peuples Autochtones sous tutelle gouvernementale. Cette loi changea l'organisation des peuples Autochtones en stipulant que le statut d'« Indien » est transmis par le père et par le mari (Van Kirk, 2002). Cela voulait dire que si une femme se mariait à un homme blanc, elle perdait automatiquement son statut « d'Indienne » et ses enfants n'y avaient pas droit non plus (Van Kirk, 2002). Cela était également le cas lors des naissances hors mariage ou lorsque le nom du père n'apparaissait pas sur le certificat de naissance. Aux yeux des blancs, les mariages interraciaux étaient donc un instrument d'assimilation jusqu'à ce que les dispositions de la loi portant sur la filiation soient modifiées en 1985 (Van Kirk, 2002). La mise sous tutelle des peuples Autochtones voulait également dire que le gouvernement avait le contrôle sur tout ce qui concernait les Autochtones, incluant leur corps (Lawford & Giles, 2012).

Les écoles résidentielles qui ont existé de 1880 à 1996 ont été cruciales dans l'assimilation des peuples Autochtones et dans la colonisation de la maternité. Ces écoles résidentielles avaient pour but d'assimiler aux blancs les enfants Autochtones âgés entre 7 et 15 ans et de « tuer l'Indien » en eux en les retirant de force de leur communauté et en les empêchant de parler leur langue maternelle et de pratiquer leur culture (Marshall & Gallant,

2012). Les abus physiques, psychologiques et sexuels étaient fréquents dans les écoles résidentielles (Marshall & Gallant, 2012). Leitenberger (1998) note qu'il n'était pas rare que des jeunes tombent enceintes à la suite d'une agression sexuelle et que le personnel de l'école les force à avorter (Leitenberger, 1998).

Les écoles résidentielles ont donc eu un impact énorme sur les communautés Autochtones en raison des traumatismes subis par les enfants. Parmi ces impacts, on note une augmentation considérable des problèmes de consommation, de violence conjugale, d'abus sur les enfants et de taux de suicide dans les communautés (Leitenberger, 1998 ; Marshall & Gallant, 2012). Quand les jeunes ayant fréquenté les écoles résidentielles sont devenus parents à leur tour, ils ont souvent eu de la difficulté à former un attachement avec leurs enfants et certains ont reproduit ce qu'ils avaient vécu à l'école, transmettant ainsi leurs traumatismes à leurs enfants (Leitenberger, 1998). Les traumatismes intergénérationnels des écoles résidentielles sont encore présents dans les communautés Autochtones aujourd'hui.

Au début des années 1900, le gouvernement canadien a considéré que « la race indienne » était trop faible et « dégénérée » pour survivre et qu'une politique d'assimilation était la seule solution « humaine » pour les sauver (Titley & Brian, 1986). En 1904, en réponse à un haut taux de mortalité maternelle et infantile, le docteur Peter Bryce, le chef médical des affaires Indiennes, est envoyé dans les réserves pour enquêter. Il écrit dans son rapport que les coutumes des naissances Autochtones sont dangereuses puisqu'elles causent de multiples complications telles que la septicémie post-partum (infection du sang) et les maladies utérines chroniques (Jasen, 1997). Le haut taux de mortalité maternelle et

infantile chez les populations Autochtones va également être constaté dans les résultats d'un recensement gouvernemental en 1930 (Jasen, 1997).

Cependant, le point tournant de la colonisation des naissances a eu lieu en 1962, lorsque la Direction Générale des Services Médicaux de Santé et Bien-être Canada effectue une étude statistique pour monitorer toutes les naissances « Indiennes et Eskimos » de l'année. Cette étude avait pour but de démontrer la dangerosité des coutumes des naissances Autochtones et prouver qu'aucune autre culture de l'enfantement que celle de la culture blanche était possible. Elle était évidemment biaisée puisqu'on n'a pas pris en compte les effets des écoles résidentielles et des conditions de vie déplorables imposées par le gouvernement dans les réserves, attribuant directement le haut taux de mortalité aux coutumes traditionnelles (Jasen, 1997). En raison de cette étude statistique, on note une augmentation des naissances dans les hôpitaux « blancs », puis des politiques d'évacuation des naissances à la fin des années 1970 (Jasen, 1997; Cidro, Bach & Frohlick, 2020 ; Cidro, Dolin & Qeskekapow, 2017; Lawford & Giles, 2012). Ces politiques d'évacuation des naissances — qui sont toujours en place aujourd'hui — forcent la personne enceinte à quitter sa communauté lorsqu'elle atteint 36-38 semaines de gestation pour aller accoucher dans les grands centres (Cidro, Bach & Frohlick, 2020 ; Cidro, Dolin & Qeskekapow, 2017; Lawford & Giles, 2012). Puisqu'elle se retrouve alors seule, cela la laisse plus vulnérable à de mauvais traitements de la part du personnel médical (Cidro, Bach & Frohlick, 2020 ; Cidro, Dolin & Qeskekapow, 2017; Lawford & Giles, 2012).

Au début des années 1900, le mouvement d'eugénisme est en plein essor dans les sociétés occidentales. L'eugénisme est un courant de pensée basé sur la croyance en l'existence d'une supériorité de la race et selon laquelle il faut éliminer les races

« indésirables » pour le bien de la société (Marshall & Robertson, 2006). Au Canada, ce mouvement prend la forme de la stérilisation des populations indésirables, c'est à dire : les personnes handicapées, les personnes ayant des troubles mentaux et les personnes alcooliques (Marshall & Robertson, 2006), catégories dans lesquelles beaucoup de personnes Autochtones se sont retrouvées.

Deux provinces canadiennes ont mis en place des lois sur la stérilisation sexuelle : l'Alberta en 1928 et la Colombie-Britannique en 1833. Ces lois permettaient de procéder à la stérilisation sexuelle si « la commission croit unanimement que le patient peut être libéré sans danger si on élimine le risque de procréation avec le risque de multiplier le mal par la transmission de l'incapacité à la descendance » (*The Sexual Sterilization Act*, 1928 ; Stote, 2012 ; Rassmussen, 2018). Le nombre de stérilisations forcées en Colombie-Britannique n'est malheureusement pas connu puisque les documents et les preuves auraient été détruits. Cependant, en Alberta, 709 femmes Autochtones auraient été stérilisées, ce qui représente 25% des stérilisations effectuées (Marshall & Robertson, 2006). Malgré l'abolition des lois sur les stérilisations sexuelles en 1972 pour l'Alberta et en 1973 pour la Colombie-Britannique, des stérilisations forcées auraient continué d'être pratiquées sur des femmes Autochtones dans les « hôpitaux indiens », mis en place par le gouvernement fédéral entre 1971 et 1973 (Marshall & Robertson, 2006 ; Stote, 2012). Selon Stote (2012), environ 1200 stérilisations auraient été pratiquées de force sur des femmes Autochtones entre 1972 et 1976 à travers le Canada, pour – selon les médecins – « leur propre bien » (Stote, 2012).

Aux campagnes de stérilisation forcée, il faut ajouter le retrait massif des enfants Autochtones de leur famille. En raison des traumatismes vécus dans les écoles

résidentielles et des dispositions de la *Loi sur les Indiens*, la plupart des Autochtones vivant sur les réserves faisaient (et font encore parfois) face à des conditions de vie inhumaines et de grande pauvreté (Sinclair & Dainard, 2016). En 1951, le gouvernement fédéral a modifié la *Loi sur les Indiens* pour transférer aux provinces la responsabilité d'assurer le bien-être des enfants Autochtones.

Les préjugés quant à l'aptitude des mères Autochtones à s'occuper de leurs enfants et les conditions de vie inadéquates dans lesquelles elles vivaient leur grossesse, combinés aux modifications apportées à la loi, eurent comme conséquence l'appréhension d'un très grand nombre d'enfants par les services provinciaux de protection à l'enfance qui seront ensuite placés et adoptés par des familles blanches partout en Amérique du Nord et en Europe, déracinant ceux-ci de leur culture. Cette période est ainsi surnommée la « rafle des années 1960 » ou « 60's scoop » (Sinclair & Dainard, 2016). La rafle des années 1960 s'est poursuivie jusqu'aux années 1990 et on compte encore aujourd'hui une surreprésentation importante d'enfants Autochtones sous les soins des services de protection au Canada (Sinclair & Dainard, 2016).

## **1.5 Situation actuelle des personnes Noires et Autochtones en lien avec la maternité**

### *1.5.1 Situation des personnes Noires au Canada face aux soins obstétricaux*

Il existe très peu de données sur la santé maternelle des personnes Noires au Canada puisque les données raciales sur la santé ne sont pas enregistrées par les hôpitaux (Wilson-

Mitchell & Herbert, 2014; McKinnon & Collab., 2016 ; Williams, 2018; Phillips-Beck & Collab., 2020). Cela est dû en grande partie au fait que la société canadienne emprunte l'idéologie sociologique du « daltonisme racial » (Wilson-Mitchell & Herbert, 2014; McKinnon & Collab., 2016 ; Williams, 2018; Phillips-Beck & Collab., 2020 ; Patychuk, 2011). Cette idéologie consiste à ne pas tenir compte des caractéristiques raciales dans la formation des politiques, des lois et des programmes institutionnels (Dovidio, Gaertner & Saguy, 2015 ; Patychuk, 2011).

Bien qu'en surface, cette théorie idéologique semble égalitaire, c'est tout le contraire puisque le racisme systémique est toujours présent dans les institutions canadiennes et donc, s'il n'est pas reconnu par les institutions, les inégalités demeurent, mais restent cachées (Phillips-Beck & Collab., 2020; Dovidio, Gaertner & Saguy, 2015).

L'absence de ces données est un obstacle à une équité du système de santé puisque ces données sont essentielles à la mise en place de politiques antiracistes et équitables (Wilson-Mitchell & Herbert, 2014). Par ailleurs, les données concernant l'inéquité raciale disponibles dans d'autres domaines institutionnels, les témoignages de personnes s'identifiant comme femmes concernant leur expérience dans le système de santé ainsi que le peu de données existantes concernant la santé des personnes Noires, laissent percevoir la présence d'inéquité et de racisme systémique dans les soins (McKinnon & Collab., 2016 ; Phillips-Beck & Collab., 2020 ; Abdillahi & Shaw, 2020 ; Patychuk, 2011 ; Enang, 1999).

Ce que l'on sait de la santé et l'expérience maternelle au Canada est que les personnes Noires sont plus à risque d'avoir un accouchement prématuré (8,9/1000 pour les femmes Noires, versus 5,9/1000 pour les femmes blanches). En ce qui concerne

l'expérience d'accouchement en établissement de soins, certaines études démontrent que les femmes Noires sont plus à risque d'endurer des traitements discriminatoires, d'avoir accès à des méthodes d'accouchement alternatives, d'être isolées et ignorées par le personnel médical, de ne pas être informées correctement du processus, de leurs droits et des procédures médicales, de voir leur accompagnateur ou conjoint être traité de manière irrespectueuse par le personnel médical et d'endurer du racisme dans l'établissement de soin (Mitchell & Herbert, 2014 ; Patychuk, 2011 ; Enang, 1999).

De plus, le milieu médical a souvent tendance à blâmer les femmes Noires pour les complications de grossesse et de l'accouchement qu'elles vivent, alors que le réel problème se trouve au niveau du racisme présent dans la société, des préjugés et stéréotypes entretenus dans le système de santé et des inéquités présentes dans tous les domaines de la société, qui désavantagent perpétuellement les personnes racisées (Mitchell & Herbert, 2014 ; Patychuk, 2011 ; Enang, 1999).

Par ailleurs, les recherches de Mitchell & Herbert (2014), Patychuk (2011), Enang (1999) et Etowa (2012) donnent des pistes de solution pour favoriser le bon déroulement de l'accouchement et pour protéger les femmes de ces violences institutionnelles, notamment : choisir un médecin Noir, engager une doula Noire et être accompagnées de plusieurs personnes avec qui la femme est proche pour qu'elles puissent la protéger des mauvais traitements et faire respecter ses droits.

### 1.5.2 Situation des personnes Autochtones au Canada face aux soins obstétricaux

Bien que ces données ne soient pas les plus récentes, il existe plus de données sur la santé infantile des populations Autochtones que Noires au Canada, ce qui nous donne des indications de la santé maternelle et du dénouement des grossesses (Sheppard & Collab., 2017; Zoua & Collab., 2018; Kolahdooz, Nader & McHugh, 2016). Le tableau ci-dessous montre les statistiques concernant la santé infantile chez les populations Autochtones (Sheppard & Collab., 2017).

*Tableau 1 : Statistique sur la santé infantile des population autochtones au Canada*

= Sur 1000 naissances	<b>Non-Autochtones</b>	<b>Premières Nations</b>	<b>Métis</b>	<b>Inuit</b>
<b>Naissances</b>	5,9	8,9	7,6	11,4
<b>Mortinaissance</b>	5,6	10,4	5,6	9,7
<b>Mortalité néonatale</b>	3,4	4,4	4,5	7,2
<b>Mortalité périnatale</b>	1,1	4,8	3,1	5,4

Les disparités dans les taux de mortalité peuvent être expliquées par les nombreuses politiques imposées aux populations Autochtones par le gouvernement fédéral (causant des conditions de vie insalubres dans les réserves), par le stress causé par les traumatismes intergénérationnels, par la pauvreté extrême dans certaines réserves et par le manque d'accès aux services de santé (Sheppard & Collab., 2017; Zoua & Collab., 2018; Kolahdooz, Nader & McHugh, 2016). Les taux élevés de mortalité chez les populations

Inuits peuvent être également expliqués par les politiques d'évacuation des naissances qui sont toujours actives pour les populations dans le Nord et dans les régions éloignées (Sheppard & Collab, 2017 ; Cidro, Bach & Frohlick, 2020). L'évacuation des naissances, qui se continue, entraîne une augmentation de la consommation de substances, une mauvaise alimentation et une augmentation du stress en raison du déracinement d'avec la famille et la communauté, un stress financier supplémentaire et un choc culturel, tous des facteurs de risque pour la mortalité infantile (Silver & Collab, 2021 ; Lalonde, Butt & Bucio, 2009 ; Scott, 2018 ; Vang & Collab., 2018).

Des études décrivent également l'expérience des femmes Autochtones dans les hôpitaux « blancs ». Selon ces études, les femmes Autochtones ont souvent des expériences négatives dans les hôpitaux blancs qui sont dues à des malentendus avec le personnel médical en raison d'une barrière de langue, d'un style de communication différent, de croyances médicales divergentes et en raison de différences de culture (Silver & Collab, 2021 ; Vang & Collab., 2018 ; Brown, Varcoe & Calam). Les femmes rencontrées dans ces études ont également fait part d'expériences de racisme et de préjugés apparents de la part du personnel (Silver & Collab, 2021 ; Vang & Collab., 2018 ; Brown, Varcoe & Calam, 2011).

Ces femmes ont toutefois aussi fait part d'interactions positives avec le personnel médical qui ont facilité leur expérience, notamment lorsque les médecins prenaient le temps nécessaire pour bien leur expliquer les procédures à suivre et pour répondre à leurs questions, lorsque le personnel soignant était empathique et patient et lorsque le personnel médical était informé à propos de leur culture (Silver & Collab, 2021 ; Vang & Collab., 2018 ; Brown, Varcoe & Calam, 2011). Certaines femmes ont également confié que le fait

de pouvoir avoir un accompagnateur était rassurant pour elle, ce qui n'est souvent pas le cas, car peu de familles ont les moyens de déboursier les coûts élevés du voyage (Vang & Collab., 2018).

Bien que les lois sur la stérilisation sexuelle aient pris fin au début des années 1970, cette pratique n'a cependant jamais complètement arrêté dans les faits pour les femmes Autochtones. En effet, encore aujourd'hui il arrive que des médecins procèdent à la ligature des trompes de Fallope durant le travail ou tout de suite après l'accouchement, sans obtenir le consentement de la patiente (Clarke, 2021 ; Stote, 2015; Ryan, Ali & Shawana, 2021). La plus récente stérilisation rapportée se serait produite en 2019 (Baig, 2021). La problématique des stérilisations forcées a d'ailleurs été dénoncée devant le Comité des droits humains au Sénat canadien en 2019 (Comité des droits humains au Sénat canadien, 2021).

Le présent chapitre démontre la construction et l'ancrage des idéologies patriarcale et coloniale dans la société et dans le système de santé canadien. Celles-ci ont conséquemment un impact sur la qualité des soins donnés aux personnes Noires et Autochtones et dans les interactions entre les professionnels de la santé et les personnes recevant les soins obstétricaux. La compréhension du concept des violences obstétricales et de la situation historique et actuelle des personnes Noires et Autochtones au Canada permettra de mieux répondre aux deux objectifs de cette recherche, qui sont :

1. D'identifier les violences vécues par les personnes Noires et Autochtones durant leur accouchement et la manière dont elles se sont manifestées dans l'expérience de ces personnes.

2. Comprendre la nature de ces violences et les cadres d'oppressions qui y contribuent.

## **Chapitre 2 : Cadre théorique**

La perspective choisie pour répondre à la question de recherche *comment les violences obstétricales se manifestent dans la vie des personnes Noires et des personnes des Premières nations, Inuits et Métis ayant donné naissance dans un établissement de soins au Canada*, est celle du féminisme intersectionnel et de la matrice de domination de Patricia Hill Collins (1990). Cette perspective a été choisie car elle a fait ses preuves dans l'analyse des violences privées et structurelles chez les personnes et femmes racisées à travers le monde (Flynn, Damant & Bernard, 2015; Carastathis, 2014; Crenshaw, 2012). Cette approche est aussi avantageuse puisqu'elle prend en compte les réalités complexes ainsi que la singularité des contextes (Flynn, Damant & Bernard, 2015).

### **2.1 Le féminisme et le féminisme noir**

La seconde vague du féminisme (1960 à 1980) a été bénéfique pour le droit des femmes puisqu'elle a permis de rendre visibles des problématiques et des sujets qui autrefois étaient du domaine privé.

Des sujets tabous tels que les violences sexuelles, les violences conjugales, la justice reproductrice et le contrôle des naissances deviennent au cœur des débats publics (Molony & Nelson, 2017). D'ailleurs, le slogan de la deuxième vague du féminisme était « le privé est politique ! » (Holmes, 2000). Le succès de cette vague a été attribué aux groupes féministes dominants, composés de femmes blanches de classe moyenne qui militaient pour une mobilisation politique collective face aux expériences personnelles des

femmes et à l'inégalité des sexes (Schuster, 2015). Il faut dire que l'idéologie féministe dominante généralisait en effet les problématiques des violences contre les femmes et des inégalités des sexes à toutes les femmes, sans prendre en compte les oppressions supplémentaires et/ou particulières vécues par les femmes racisées (Carby, 2004 ; Collins, 1999).

Le succès des organisations féministes dominantes s'est toutefois fait aux dépens des organisations féministes de femmes racisées qui ont pourtant également contribué aux changements pour le droit des femmes (Thompson, 2002; Smith; 2005). Un parallèle semblable peut être fait quant à la littérature concernant les violences obstétricales au Canada puisqu'il n'existe que très peu de recherches sur cette problématique telle qu'elle a été et est encore vécue par les personnes racisées, priorisant ainsi des recherches qui la généralisent à toutes les femmes.

Les revendications mises de l'avant par la deuxième vague du féminisme ont motivé l'adoption d'une déclaration officielle de l'Organisation des Nations Unies (ONU) pour l'élimination des violences contre les femmes en 1993 (ONU, 1993). Cette déclaration définit les violences contre les femmes comme :

[...] tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée [et], la violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'État, où qu'elle s'exerce. (ONU, 1993, p. 343)

Dans la perspective féministe dominante, les violences contre les femmes n'ont pas uniquement une dimension personnelle et domestique. Selon cette perspective, en raison

du maintien des rapports de domination et des inégalités entre les hommes et les femmes favorisés par l'inaction et le manque de reconnaissance de l'État, les violences contre les femmes sont également des violences structurelles (Roca i Escoda & Chetcuti-Osorovitz, 2018). Les violences obstétricales sont un bon exemple de cette dimension structurelle puisqu'elles sont tolérées du fait que les médecins et l'État tendent à les nier.

De plus, la déclaration de l'ONU admet que toutes les femmes ne sont pas égales face à la violence. Toujours selon la déclaration de 1993 :

[...] certains groupes de femmes dont les femmes appartenant à des minorités, les femmes Autochtones, les réfugiées, les femmes migrantes, les femmes vivant dans des communautés rurales ou reculées, les femmes sans ressources, les femmes internées, les femmes détenues, les petites filles, les femmes handicapées, les femmes âgées et les femmes dans des zones de conflit armé, sont particulièrement vulnérables face à la violence. (ONU, 1993, p. 342)<sup>1</sup>.

Ces inégalités ne se retrouvent pas uniquement dans le phénomène de la violence. Les femmes racisées subissaient et subissent toujours plusieurs autres formes d'inégalités qui ne sont pas toujours représentées dans les discours et dans les revendications des organisations féministes « mainstream » (Thompson, 2002). Par exemple, alors que les femmes blanches combattaient la discrimination sexuelle, les femmes racisées se trouvaient devant un combat contre de multiples oppressions (Alinia, 2014). Ce double combat ignoré par les organisations féministes « mainstream » a favorisé la création d'organisations féministes indépendantes regroupant des femmes racisées comme l'organisation « WARN » en 1970, formée de femmes des Premières nations, et

---

<sup>1</sup> On peut ajouter à cette longue liste les personnes à l'identité de genre non binaire, les femmes transgenres et les femmes non-hétérosexuelles.

l'organisation « Third World Women's Alliance », en 1968, formée de femmes afro-américaines (Thompson, 2002; Torpy, 2000; Smith, 2005; Alinia, 2014). Les organisations féministes de femmes racisées ne s'opposaient pas nécessairement aux revendications faites par les féministes blanches, au contraire, mais ce qu'elles revendiquaient allait plus loin et dénonçait des problématiques auxquelles les femmes blanches n'étaient pas confrontées (Smith, 2005; Collins, 1999). Par exemple, pendant que les féministes blanches revendiquaient une humanisation des naissances, les féministes des Premières nations revendiquaient l'interdiction des stérilisations forcées (Smith, 2005; Nickel, 2017).

De plus, alors que certaines inégalités s'étaient atténuées pour les femmes blanches lors de la première vague du féminisme, ces mêmes inégalités étaient toujours présentes pour les femmes racisées (Bourassa, McKenna & Juschka, 2017). Si certaines organisations sont restées connectées au mouvement « mainstream », d'autres ont donc voulu s'en défaire à tout prix. Le terme même de « féminisme » étant rattaché de près aux mouvements « mainstream », plusieurs femmes racisées refusaient même de s'autoproclamer féministes puisqu'elles ne se sentaient pas incluses dans le mouvement (Smith, 2005; Thompson, 2002).

D'ailleurs, selon Annette Jaime, une pionnière de l'activisme féminin des Premières nations, les femmes qui se proclamaient comme féministes étaient perçues comme étant assimilées par l'idéologie coloniale (Smith, 2005). Les courants de pensée du féminisme noir et du féminisme des Premières nations divergent de celui du féminisme « mainstream ». Autant chez les féministes Noires que chez les féministes des Premières nations, il existe plus d'un courant de pensée. Cependant, ces courants ont tous en commun

le fait de mettre l'expérience et les connaissances des femmes dans leur singularité au centre des revendications (Collins, 1990 ; Finestones & Stirbys, 2017).

Dans le cadre du présent mémoire, nous allons nous concentrer sur le concept de l'intersectionnalité selon lequel l'expérience des personnes suivies pour des soins obstétricaux est façonnée par l'interaction entre les différents systèmes d'oppression et de relations sociales, et selon lequel ces systèmes d'oppression ne peuvent être hiérarchisés (Crenshaw, 1989).

## **2.2 Intersectionnalité**

Le concept d'intersectionnalité a été créé en 1989 par la juriste féministe Kimberlé Crenshaw (Vigoya, 2015). Au tout départ, ce concept se concentrait principalement sur l'interaction entre le sexe et la race comme domaine d'oppression. Il renvoyait au fait que ces deux domaines sont dépendants l'un de l'autre, qu'ils ne peuvent être hiérarchisés et que leur interaction façonne l'expérience des femmes Noires (Crenshaw, 1989).

Dans son livre *Mapping the Margins*, Crenshaw (1989) donne comme exemple une poursuite intentée contre General Motors par cinq femmes Noires en 1976. Ces cinq femmes ont poursuivi General Motors pour discrimination puisque l'entreprise n'avait pas engagé de femmes Noires avant 1964 et que la grande majorité des femmes Noires engagées après 1970 ont perdu leur emploi durant la récession. General Motors s'est défendue en argumentant qu'elle n'était ni raciste ni sexiste puisque cette société engageait des hommes Noirs pour travailler dans les usines et des femmes pour travailler comme

secrétaires. Crenshaw explique donc que ces femmes avaient été discriminées, car elles étaient femmes et Noires, et que la combinaison de ces deux sources de discrimination les avait invisibilisées (Crenshaw, 1989).

En réalité, il n'existe pas de définition claire et précise de l'intersectionnalité puisque ce concept se redéfinit continuellement selon le contexte et les champs de son application (Bilge, 2009). Cependant, il existe des éléments communs, peu importe le contexte où il est appliqué : « [...] l'intersectionnalité fait référence à l'idée que la race, la classe, le genre, la sexualité, l'ethnicité, la nationalité, les capacités et l'âge n'opèrent pas de façon unilatérale en tant qu'entités exclusives, mais agissent plutôt de façon imbriquée » (Collins, 2015, p. 2, cité par Landry, 2019, p. 30).

Pour les féministes afro-américaines, il était inconcevable de considérer le genre comme étant l'élément central de l'identité puisque les femmes Noires ne sont pas plus femmes que Noires (Crenshaw, 1989). Pour elles, l'intersectionnalité analyse comment les différents domaines d'oppression agissent ensemble pour produire l'injustice (Collins, 1999). Collins (1999) ajoute également la notion historique de l'esclavage dans l'analyse des oppressions puisque les conséquences continues de l'esclavage et de la ségrégation favorisent également la discrimination (Collins, 1999). Il est également important d'ajouter les dimensions de l'âge, de l'identité de genre, de l'orientation sexuelle, des handicaps, de la religion, de la position géographique et de la classe sociale comme domaines d'oppression puisqu'ils ont tous un rôle à jouer dans l'expérience de vie des personnes Noires (Collins, 1999).

Dans le féminisme des Premières nations, le concept d'intersectionnalité existait bien avant Kimberlé Crenshaw (Clark, 2016). L'activiste sioux Zitkala-Sa a recueilli, dès 1901, les témoignages de jeunes filles Autochtones violées par de riches exploiters miniers œuvrant sur les terres des populations Autochtones (Clark, 2016). Dans ses écrits, Zitkala-Sa argumente que la violence a toujours été liée au genre, à l'âge, à la race, en plus d'être étroitement liée à l'accès à la terre (Zitkala-Sa, 1901).

Audra Simpson, une anthropologue Mohawk, définit l'intersectionnalité des Premières nations comme suit : « il faut comprendre les gens à travers les multiples cadres qui façonnent leur vie. À travers tous les cadres d'expériences qu'ils choisissent, dont ils héritent, qui leur sont imposés et qui peuvent être transformés, désintégrés, oubliés ou ritualisés » (Traduction libre, Simpson, 2003, p.41).

Selon les féministes des Premières nations, il est important, dans l'utilisation de l'intersectionnalité autochtone, de comprendre la culture autochtone précoloniale dans laquelle les notions de genre, de temps, d'espace et de mœurs ne sont pas du tout celles que nous avons dans la culture européenne, et que ces notions complexes ont été et continuent d'être la cible des violences coloniales (Clarke, 2016). Il importe également d'intégrer les violences causées par la colonisation dans toutes les sphères de la vie des populations Autochtones et qui sont encore très présentes aujourd'hui (Clarke, 2016).

L'intersectionnalité peut servir d'outil d'analyse, de méthode de recherche, d'approche féministe et de découvertes scientifiques (Collins, 2015; Vigoya, 2015; Landry, 2019). En recherche, cette approche consiste à analyser un enjeu en prenant en compte des catégories sociales ou des catégories d'oppression et la façon dont elles se croisent. De

plus, elle permet d'interroger les façons « dont les systèmes de pouvoir sont impliqués dans la production, l'organisation et le maintien des inégalités » (Bilge, 2009, p.73).

Le concept d'intersectionnalité a fait ses preuves dans l'analyse de la violence directe et de la violence structurelle chez les femmes racisées (Flynn, Damant & Bernard, 2015). Elle est donc tout à fait appropriée pour analyser les violences obstétricales que ces personnes subissent puisqu'elle permet « [...] de s'attarder à l'ensemble des rapports sociaux impliqués dans sa production et de les considérer comme un ensemble complexe indivisible » (Flynn, Damant & Bernard, 2015, p. 33).

Dans ce mémoire, nous allons donc prioriser le cadre théorique du féminisme noir et son paradigme de l'intersectionnalité, tout en rajoutant la colonisation comme domaine d'oppression afin de mieux cerner la problématique chez les personnes Autochtones.

### **2.3 La matrice de la domination**

Dans son livre *La pensée féministe noire*, Patricia Hill Collins définit le concept de « matrice de domination » pour comprendre la discrimination institutionnelle vécue par les femmes Noires en raison de leur sexe et de leur race, donnant comme exemple la ségrégation raciale aux États-Unis (Collins, 1990).

Elle postule notamment que, puisque les blancs et les Noirs n'ont pas eu d'interactions égalitaires durant la période de ségrégation, les effets de cette ségrégation continuent de se perpétuer dans la société américaine aujourd'hui (Collins, 1990).

La matrice de domination peut être définie comme « l'organisation générale des relations de pouvoir hiérarchique dans une société » (Collins, 1999 dans Harper, 2012, p. 7).

Collins argumente qu'en remplaçant les modèles qui additionnent les oppressions par des modèles qui les imbriquent, cela donne l'opportunité de créer de nouveaux paradigmes. De plus, ce nouveau modèle ouvre des possibilités pour prendre une position où tous les groupes de personnes possèdent des privilèges et des oppressions dans un système historiquement créé et où une personne peut être à la fois oppresseur dans un groupe et opprimée dans un autre (Collins, 1990). Le modèle permet donc d'élargir l'utilisation à de multiples groupes de personnes.

Collins priorise l'intégration de quatre domaines de pouvoir où se placent les différents systèmes d'oppression que sont le sexe, la race, la classe sociale, le genre, l'ethnicité, l'orientation sexuelle, etc. : le pouvoir structurel, le pouvoir disciplinaire, le pouvoir interpersonnel et le pouvoir hégémonique (Collins, 1990). Afin de respecter les théories féministes des Afro-Américaines et des Premières nations, qui mettent l'expérience de la femme au centre de leur théorie, et vu le caractère très personnel et très subjectif des violences obstétricales, il me semble impératif de rajouter un cinquième domaine de pouvoir développé par Bilge (2015), le domaine de pouvoir psychique et incorporé.

### 2.3.1 *Domaine du pouvoir structurel*

Le domaine du pouvoir structurel fait référence aux « [...] institutions sociales qui sont organisées de façon telle qu'elles contribuent à reproduire durablement la subordination des femmes Noires » (Collins, 1999, p. 418). Autrement dit, du fait de leurs procédures, leurs politiques et leurs organisations, les systèmes et les institutions agissent ensemble, même sans qu'il n'y ait une volonté identifiable, pour maintenir les inégalités et exclure les populations marginalisées (Harper, 2012).

Ce domaine de pouvoir inclut notamment le système de justice, les médias, les politiques sociales et les institutions (Collins, 1999). Dans le cadre de l'étude des violences obstétricales, on peut se demander si les politiques en vigueur dans les institutions de santé, par exemple l'exigence que la personne qui accouche soit en position couchée avec les pieds dans les étriers, contribuent à sa subordination envers le personnel médical, la rendant ainsi plus vulnérable aux mauvais traitements. Ou encore, on peut supposer que l'obligation qu'ont les personnes Autochtones habitant dans les territoires éloignés à voyager pour accoucher, faute d'hôpital dans leur région, contribue à leur subordination envers le système de santé blanc.

Collins ajoute que l'*empowerment* des groupes et des individus n'est pas possible dans le domaine du pouvoir structurel, sauf à changer complètement les institutions sociales, puisque ce domaine est systémique et agit depuis longtemps à travers les institutions sociales, toutes interdépendantes (Collins, 1999).

### 2.3.2 *Domaine du pouvoir disciplinaire*

Le pouvoir disciplinaire « en tant que mode de régulation qui repose sur les hiérarchies bureaucratiques et les techniques de surveillance [...] gère les rapports de pouvoir. Il ne le fait pas au moyen de politiques sociales ouvertement discriminatoires, mais par l'intermédiaire des modes de fonctionnement de ces institutions » (Collins, 1999 traduit par Diane Lamoureux, 2016, p. 423). Autrement dit, la bureaucratie en tant que mode de gestion permet de contrôler les populations et est particulièrement efficace pour reproduire les oppressions enchevêtrées, mais également pour les masquer (Collins, 1999).

Il existe plusieurs exemples de ce domaine de pouvoir dans les violences obstétricales. Le premier exemple est la surveillance médicale de la personne durant la grossesse et l'accouchement, laquelle est fortement encouragée par l'institution et pousse souvent à une posture médicale plus interventionniste (Jacques, 2007; St-Amant, 2013; RNR, 2015). Un autre exemple est l'omission de comptabiliser et de rendre publique les statistiques sur la race relativement aux grossesses et aux accouchements, alors que les scientifiques s'entendent pour dire que ces données sont indispensables pour l'étude de l'équité dans le système de santé (Wiltson-Mitchell & Herbert, 2014).

### 2.3.3 *Domaine du pouvoir hégémonique*

Le pouvoir hégémonique sert à justifier l'oppression. Le pouvoir hégémonique agit comme lien entre les autres domaines de pouvoir (structurel, disciplinaire et interpersonnel) en manipulant les idéologies et la culture (Collins, 1999). Le mode de fonctionnement du domaine de pouvoir hégémonique est insidieux :

[p]our conserver leur pouvoir, les groupes dominants créent et maintiennent un système populaire d'idées de "sens commun" qui soutiennent leur droit à gouverner. Aux États-Unis, les idéologies hégémoniques concernant la race, le sexe, la sexualité et la nationalité sont si prégnantes qu'il est difficile d'imaginer une autre façon de voir les choses et plus encore de résister aux pratiques sociales qu'elles justifient (Collins, 1999, p. 430).

Un exemple du domaine de pouvoir hégémonique dans le contexte des violences obstétricales pourrait être l'idée commune selon laquelle l'allaitement est indispensable pour la santé du bébé, et qui justifie le harcèlement et la pression imposée à la nouvelle maman à l'hôpital et sa dévalorisation lorsque l'allaitement ne fonctionne pas. Un autre exemple pourrait être l'idée que l'accouchement à l'hôpital est la meilleure et presque la seule option. Cette idée, qui est également très présente dans les médias, justifie ainsi la surmédicalisation et le contrôle de l'accouchement par le personnel médical et rejette la présence de rituels ou de pratiques qui sont importantes pour des personnes provenant d'une culture différente de la culture euro-américaine blanche (Rivard, 2010; St-Amant, 2013; Finestone & Stirby, 2017).

#### *2.3.4 Domaine du pouvoir interpersonnel*

Le pouvoir interpersonnel consiste en la façon dont les personnes agissent entre elles (Collins, 1999). Collins réfère « aux pratiques discriminatoires de même qu'aux actions et attitudes traversant les relations interpersonnelles qui contribuent à la subordination de l'autre ou qui modifient, contestent ou résistent aux rapports d'inégalité » (Harper, 2012, p. 8). Dans le contexte des violences obstétricales, on peut penser aux interactions entre le personnel médical et entre les personnes patientes et le personnel

médical. On peut également penser aux réactions des membres de l'entourage durant la grossesse ou encore aux réactions des proches présents à l'accouchement envers la future maman et le personnel médical.

### 2.3.5 *Domaine du pouvoir psychique et incorporé*

Bilge (2015) propose un autre domaine de pouvoir, le domaine de pouvoir psychique et incorporé. Ce domaine de pouvoir est présenté par Bilge comme étant l'expérience subjective de la personne qui vit l'oppression et concerne « les questions de l'affect, la corporéité (par exemple, la manière dont le corps internalise les rapports de domination imbriqués ou y résiste) et l'expérientiel (la phénoménologie) » (Bilge, 2015, p.17). Autrement dit, il fait référence à la façon dont les personnes expérimentent, ressentent et réagissent aux différentes oppressions et rapports de pouvoirs.

Les réactions psychiques et incorporées du pouvoir apparaissent de façon différente selon la personne qui vit l'oppression en raison de ses caractéristiques personnelles, ses expériences de vie, sa personnalité et ses propres privilèges et oppressions. Dans le cadre des violences obstétricales, des exemples de ce domaine de pouvoir pourraient être le fait qu'une personne internalise la soumission à l'autorité médicale comme un « passage obligé » ou encore, le fait qu'une personne ressente les nombreux touchés vaginaux durant le travail, comme une violence sexuelle.

Le cadre d'analyse de la matrice de domination de Collins est cohérent avec la problématique des violences obstétricales chez les personnes Noires et Autochtones

puisqu'il permet de prendre en compte les aspects systémiques, structurels, culturels et personnels de la problématique.

De plus, l'approche intersectionnelle nous permet de considérer la particularité des violences obstétricales vécues par les personnes Noires et Autochtones, lesquelles se trouvent au confluent d'une multitude d'oppressions (de genre, de race, de classe, d'âge, etc.), tout en tenant également compte de leurs histoires personnelles et de leurs perceptions subjectives et intimes des violences subies avant, pendant ou après leur accouchement.

## **Chapitre 3 : Méthodologie**

Le présent chapitre porte sur les choix méthodologiques que j'ai faits pour conduire cette recherche. Il commence par la description de la population choisie pour l'étude, puis il décrit la manière dont les témoignages ont été récoltés. Finalement, je terminerai ce chapitre en expliquant la technique d'analyse des données choisie, soit la technique d'analyse documentaire.

### **3.1 Population choisie**

La population visée par mon étude est les personnes Noires et les personnes Autochtones qui ont vécu une ou des expériences de violence obstétricale dans un établissement de soins au Canada. Mes critères d'inclusion pour sélectionner les témoignages étaient donc :

- Le témoignage devait être accessible publiquement sur internet;
- La personne à l'origine du témoignage devait s'identifier comme Noire ou Afro-canadienne ou comme Autochtone;
- Il doit avoir été clairement spécifié dans le témoignage ou sur le blogue que l'expérience de violence obstétricale a été vécue dans un établissement de soins de santé au Canada;
- Le témoignage devait être écrit à la première personne du singulier (il ne devait pas porter sur une autre personne);

- Le témoignage de violence obstétricale devait contenir suffisamment de détails pour pouvoir en tirer quelques analyses (il ne devait pas être trop court).

L'échantillon est composé de 17 témoignages disponibles publiquement sur internet. Sur ces 17 témoignages, 12 ont été écrits par des personnes s'identifiant comme femmes Noires et 5 ont été écrits par des personnes Autochtones, dont 4 s'identifient comme femmes et une comme bi-spirituelle. Ces personnes provenaient de partout au Canada: six de l'Ontario, quatre du Québec, une de l'Alberta, une de la Saskatchewan, une de l'Île-du-Prince-Édouard et quatre dont la province n'était pas spécifiée. Des pseudonymes ont été attribués à chacun des témoignages. Dans les cas où l'auteur-trice se nommait, le prénom a tout de même été changé pour respecter l'anonymat de personnes qui ne pensaient pas forcément voir leur témoignage recueilli dans le cadre d'une recherche de maîtrise au moment de le partager sur internet. Un tableau présentant les caractéristiques sociodémographiques des personnes ayant témoigné se trouve au chapitre d'analyse.

### **3.2 Cueillette des données**

Dans le cadre de ma recherche, j'ai décidé d'analyser les témoignages de personnes ayant vécu une expérience de violence obstétricale afin d'avoir une vision plus personnelle de l'expérience. J'ai décidé d'aller puiser les témoignages dans des blogues, des journaux et des sites consacrés à la maternité et à la grossesse en raison de la richesse des informations et de l'accessibilité de ces données. J'ai particulièrement choisi les blogues de STOP VOG, Mommy Monitor et The Obstetric Justice Project puisqu'ils sont spécialisés dans les témoignages de violences obstétricales. J'ai également utilisé les mots

clés “violence obstétricale et racisme au Canada”, “accouchement et racisme Canada”, “accouchement et discrimination Canada”, “black women experience of obstetric violence Canada” et “indigenous women’s experience of obstetrical violence Canada” dans le moteur de recherche Google, pour trouver d’autres témoignages. J’ai initialement trouvé 23 témoignages mais seuls les 17 témoignages retenus répondaient à tous les critères mentionnés plus haut.

### **3.3 Analyse des données**

Comme technique d’analyse des données, j’ai utilisé la technique d’analyse documentaire. La technique d’analyse documentaire consiste à aller puiser les informations nécessaires pour répondre à la question de recherche dans diverses sources de documentation (Cellard, 1998). Par document, Cellard (1998) définit “tout texte écrit, manuscrit ou imprimé, consigné sur papier” (Cellard, 1998, p. 253). La technique de l’analyse documentaire a été adaptée aux nouveaux médias tels que les médias sociaux, les blogues, les forums et les articles de journaux en ligne (McKenna, Myers & Newman, 2017; Hennell, Limmer & Piacentini, 2020 ; Hubin-Gayte, 2011).

Une fois choisis, les témoignages ont été copiés-collés dans Microsoft Word. Afin de protéger la qualité des sources documentaires ainsi que la validité et fiabilité de la recherche, j’ai effectué une analyse sommaire des témoignages, en prenant soin de m’assurer du contexte dans lequel le témoignage a été recueilli et de son caractère suffisamment exhaustif pour en tirer une analyse pertinente (Cellard, 1998). Cette première

analyse m'a permis de filtrer les témoignages et de garder les 17 témoignages pertinents pour l'analyse.

Une seconde analyse a été effectuée pour dégager les thèmes récurrents et les formes de violence présentes dans les témoignages des personnes. Cette deuxième analyse a permis de répondre à mon premier objectif de recherche qui était d'identifier les violences vécues par les personnes avant, pendant ou après leur accouchement, et la manière dont elles se sont manifestées dans leur expérience. Finalement, une troisième analyse a été effectuée en utilisant le cadre d'analyse de la matrice de domination, ce qui a permis d'entamer une analyse plus approfondie de la question à la lumière de critères additionnels et de répondre à mon deuxième objectif de recherche qui était de comprendre la nature de ces violences et les cadres d'oppression qui y ont contribué.

L'analyse documentaire présente plusieurs avantages, elle permet tout d'abord d'éviter d'avoir à faire une demande d'approbation éthique, elle est peu coûteuse, elle permet d'avoir accès à une multitude de données en peu de temps (Cellard, 1998 ; McKenna, Myers & Newman, 2017, Hennell, Limmer & Piacentini, 2020), et un élément très important dans le contexte actuel : elle est facilement praticable en contexte de pandémie (Hennell, Limmer & Piacentini, 2020).

L'analyse documentaire comporte cependant quelques limites, telles que des témoignages ou documents parfois incomplets et l'impossibilité pour le chercheur-euse-s de clarifier ou d'approfondir certains éléments manquants pour bien comprendre l'essence du contenu du document (Cellard, 1998). Cela dit, des moyens ont été pris pour minimiser les conséquences des limites de cette approche dans ma recherche. Premièrement, tel que

mentionné plus haut, je n'ai gardé que les témoignages les plus complets, ce qui assurait un minimum d'informations à approfondir. Deuxièmement, le fait de ne pas pouvoir clarifier ou approfondir certains éléments a été un risque assumé, par respect pour les personnes qui n'avaient raconté que ce qu'elles avaient bien voulu partager. Et troisièmement, lorsque les témoignages contenaient un langage familier ou des termes provenant du jargon, j'ai fait les recherches requises pour m'assurer de bien saisir l'essence du terme. Malgré l'avantage de ne pas avoir eu à faire de demande éthique, certaines limites éthiques ont été considérées dans l'analyse, telles que de n'utiliser que des témoignages publiés publiquement et de chercher à ne pas nuire aux personnes qui ont écrit les témoignages (McKenna, Myers & Newman, 2017 ; Hennell, Limmer & Piacentini, 2020).

## Chapitre 4 : Les formes de violence obstétricale

À titre de rappel, l'analyse des témoignages retenus vise à saisir *comment les violences obstétricales se manifestent dans la vie des personnes Noires et des personnes des Premières nations, Inuits et Métis ayant donné naissance dans un établissement de soins au Canada*. J'ai donc porté une attention plus particulière aux formes de violences présentes dans les témoignages et comment celles-ci sont vécues par les personnes qui en témoignent.

Afin de rendre mon analyse plus cohérente, j'ai organisé mon analyse en quatre grandes sections : l'attitude du personnel soignant, la déshumanisation et la négligence médicale, le racisme et les préjugés et finalement, les effets de la violence sur les personnes qui l'ont vécue. Il est nécessaire de préciser que ces sections ne sont pas nécessairement indépendantes l'une de l'autre. Cette façon de procéder était plutôt motivée par le fait de vouloir faire ressortir des éléments qui revenaient dans plusieurs témoignages et qu'il était important de souligner afin de permettre au lecteur de bien saisir l'expérience de violence vécue par la personne.

Cette analyse a démontré que plusieurs éléments contribuent à l'expérience traumatisante de la grossesse et de l'accouchement. Il est important de comprendre que tout ce qui englobe l'obstétrique et la gynécologie implique une relation très intime entre la personne qui reçoit des soins relatifs à sa grossesse et le personnel médical, en raison de la nature des examens et des procédures qui la place dans une position très vulnérable. Cette vulnérabilité est augmentée durant l'accouchement, car la personne donnant naissance est souvent limitée dans ses mouvements à la fois par la douleur et par le

branchement de son corps à la technologie médicale pour monitorer le processus. Conséquemment, la personne donnant naissance est ainsi laissée « à la merci » du corps médical (Pickles & Herring, 2019). Cela fait en sorte que la relation et le lien de confiance entre la personne recevant les soins et le personnel médical sont primordiaux pour que l'expérience des soins soit positive (Vang, Gagnon & Lee, 2018). Conséquemment, en raison de cet état de vulnérabilité, n'importe quel écart de la part du personnel médical peut être perçu comme étant violent ou abusif par la personne recevant les soins (Pickles & Herring, 2019 ; Vang, Gagnon & Lee, 2018 ; Davis, 2019).

Le tableau ci-dessous représente les caractéristiques démographiques des personnes qui ont écrit les témoignages analysés. Ce tableau est important pour mieux comprendre les oppressions en jeu dans l'expérience présentée dans les extraits.

*Tableau 2 : Informations sociodémographiques des personnes ayant écrit les témoignages*

#	Pseudonyme	Identification de genre	Identification raciale	Province
#1	Ashley	Femme	Noire	Ontario
#2	Jade	Bi-spirituelle	Autochtone	Ontario
#3	Alyssa	Femme	Noire	Alberta
#4	Kim	Femme	Noire	Ontario
#5	Madeline	Femme	Noire	Québec
#6	Juliette	Femme	Noire	Québec
#7	Adeline	Femme	Noire	Ontario
#8	Zora	Femme	Autochtone	Ontario
#9	Mackenzie	Femme	Autochtone	Île-du-Prince-Édouard
#10	Courtney	Femme	Autochtone	Colombie-Britannique
#11	Ainslie	Femme	Noire	Ontario

#12	Diamond	Femme	Autochtone	Saskatchewan
#13	Sophia	Femme	Noire	N.A.
#14	Marine	Femme	Noire	Québec
#15	Lena	Femme	Noire	Quebec
#16	Evelynn	Femme	Noire	N.A.
#17	Abigail	Femme	Noire	Ontario

#### 4.1 L'attitude du personnel médical

L'attitude irrespectueuse du personnel médical envers les personnes dont j'ai analysé le témoignage est un élément récurrent dans plusieurs témoignages. La violence ressortant de l'attitude du personnel soignant se manifeste principalement de deux façons : par des paroles dénigrantes et par du détournement cognitif ou, plus communément appelé, du *gaslighting*.

##### 4.1.1 Le dénigrement sexiste de la sexualité féminine

Alors qu'on s'attendrait à une attitude professionnelle de la part du personnel soignant, trois personnes ont témoigné avoir reçu des commentaires dénigrants lors de leur avortement, de leur accouchement ou de la période de périnatalité. Pour Jade, ce commentaire est venu de la part du médecin alors qu'elle attendait sur la table d'opération avant un avortement qu'elle a souhaité dans les suites d'une grossesse après viol vécue alors qu'elle n'était âgée que de 14 ans : « When the doctor entered the room, he said something along the lines of “another one? How stupid girls are these days” » (Jade).

Pour Mackenzie et Lena, ces paroles concernaient leur sexualité :

“August 2016- When I was giving birth to our first child, while I was in labor and receiving cervical checks for dilation, I attempted to keep the blanket over myself for modesty purposes. One of the nurses on told me that while pushing we won’t be able to keep the blanket as the doctor will need to be able to see, to which I said “I know”. She then unnecessarily followed with, “If you wanted to be modest you probably should have kept your legs closed”. (Mackenzie)

Ce n’est pas la déchirure qui m’a fait mal, sinon le commentaire que l’obstétricien a jugé bon de faire quand j’ai réalisé qu’il y avait eu des déchirements. Il a dit en finissant de recoudre : « T’inquiète, je vais faire un beau travail, je vais te laisser comme une vierge, ton conjoint va me remercier. (Lena)

Dans le cas de Mackenzie, le commentaire de l’infirmière est en fait du *Slut-shaming*, c’est-à-dire qu’elle stigmatise la sexualité de la personne qu’elle identifie comme femme Autochtone en lui donnant une connotation extrêmement négative (MacMillan, 2019). Autrement dit, l’infirmière fait comprendre à Mackenzie qu’elle mérite d’être privée de sa dignité puisqu’elle a eu des relations sexuelles.

Dans le cas de Lena, nous pouvons assumer que par « laisser comme une vierge », le médecin faisait référence au fait de recoudre le vagin plus serré qu’il ne l’était avant l’accouchement. Cette pratique misogyne est communément surnommée « le point du mari » et a pour objectif d’augmenter le plaisir sexuel de l’homme au détriment potentiel du bien-être de la femme pour qui cette pratique peut au contraire rendre les relations sexuelles très douloureuses (Murphy, 2018). Ces trois extraits démontrent la présence de la misogynie et du patriarcat dans les services de santé par l’objectification du corps de la femme et par la stigmatisation de la sexualité féminine, que la personne s’auto-identifie comme femme ou non. On peut supposer que l’objectification et la sexualisation du corps

des personnes identifiées comme Noires et Autochtones proviennent des idéologies coloniales et sexistes qui sont ancrées dans la société et dans les soins de santé.

#### 4.1.2 *Le détournement cognitif*

Le détournement cognitif ou *gaslighting* est une forme d'abus psychologique où l'abuseur amène une personne à remettre en question sa santé mentale, sa perception de la réalité ou ses souvenirs (Sweet, 2019). Cette forme d'abus est souvent utilisée dans des situations où il y a un débalancement de pouvoir, comme c'est le cas dans le milieu hospitalier entre le personnel médical et les patients (Sweet, 2019 ; Labrecque, 2018 ; Fraser, 2021 ; Ahern, 2018). Ce débalancement de pouvoir ne se trouve pas uniquement dans la position professionnelle du médecin, mais également dans les privilèges de genre, de race et d'orientation sexuelle.

Le détournement cognitif des médecins envers les personnes racisées est d'ailleurs bien documenté (Mahmoudi, Brysk & Seaman, 2021 ; Ahern, 2018). Dans les témoignages analysés, trois femmes ont dénoncé des comportements pouvant être qualifiés comme étant du détournement cognitif. Zora a identifié ces comportements lors de ses suivis prénataux : « I always felt rushed at appointments and the midwives told me I was over reacting many times” (Zora).

Pour Adeline, l'abus venait de la part du directeur de l'hôpital en réponse à la plainte qu'elle avait soumise : “ [...] I filed a complaint with the hospital. The managers at the hospital who met with me downplayed my concerns and questioned my memory of the

occasion. This makes me distrust the entire system at St. Joseph's Health Centre” (Adeline).

Kim a identifié ce type de comportement en soulignant la façon dont sa douleur a été ignorée par le personnel médical durant son accouchement :

I feel anger and sadness when I think how my experience and pain have been dismissed by doctors and nurses. I just hate when you try to advocate for yourself, and you tell people what's wrong and they don't believe you. They just make it seem like you're exaggerating. They say, “well in my experience that doesn't happen”. Well, this is my experience and I know my body and I know when something is wrong. (Kim)

Malgré qu'il ne soit pas toujours fait consciemment, le détournement cognitif est une excellente arme pour gagner le contrôle sur quelqu'un puisqu'il est insidieux. En faisant douter la personne de ses capacités et de ce qu'elle croit être vrai, la personne finit par perdre confiance en ses habiletés et laisse le contrôle d'elle-même à un autre qui, lui, possède « le savoir » (Cohen Shabot, 2019).

Selon la philosophe Elena Flores Ruiz (2014), le détournement cognitif peut être utilisé contre un groupe marginalisé pour le manipuler de sorte qu'il finisse par croire en sa propre infériorité. Dans le cas des personnes qui ont témoigné, puisque la médecine occidentale est fondée sur un système « blanc » et masculin, on sent, à la lecture de leur témoignage, qu'elles ont été conduites à croire en leur infériorité et à abandonner le contrôle de leur corps et de leurs pouvoirs décisionnels entre les mains du personnel soignant sous le prétexte que cela faciliterait leur travail.

## 4.2 La déshumanisation et les négligences médicales

Dans la majorité des témoignages recueillis, des gestes ou attitudes déshumanisantes sont dénoncées et pour certaines personnes, ces dernières ont résulté en des négligences médicales mettant leur vie ou la vie de leur fœtus en danger. Plusieurs autres témoignages dénoncent les erreurs et négligences médicales vécues durant l'accouchement.

### 4.2.1 La déshumanisation

La déshumanisation peut être définie comme « faire perdre son caractère humain à quelqu'un, à un groupe, lui enlever toute générosité, toute sensibilité » (Larousse, 2021). Dans le milieu des soins de santé, la déshumanisation se caractérise par l'omission de respecter les droits fondamentaux du patient, d'ignorer les émotions et les ressentis du patient et de négliger sa dignité (Diniz, Bernardez & Castro, 2019).

Pour certaines des personnes dont j'ai étudié le témoignage, cette attitude déshumanisante a été vécue comme un manque de compassion ou le sentiment d'être ignorées par le personnel soignant : « I remember fainting at the triage and instead of helping me up, one of the nurse ask me to help myself up » (Sophia). "I never felt I was heard, and my concerns ignored" (Zora).

I'm panicking this is four o'clock in the morning and I'm scared. At 38 weeks pregnant with a baby that wasn't moving I was told to wait in an empty emergency room. When I told the nurse what was going on, she said "sit down. You've got to be patient", I was like "wow" thinking it was just a total lack of care. (Alyssa)

It was a few days before the blood patch was performed. I had to really advocate for myself, which is hard to do when you're

healing. Though successful in making small requests – asking to move beds to be closer to a window, for example - I couldn't shake the feeling that both my pain and the anxieties were largely disregarded. (Ainslie)

While prepping for the procedure, the nurses wouldn't even acknowledge my presence. They did their jobs without treating me like I'm human, or even a sentient being. (Jade)

Pour d'autres, le manque de chaleur et d'humanité de la part du personnel est vécu comme une violence :

Vulnérable, je n'avais pas l'énergie pour militer ni la connaissance adéquate de mes droits, j'ai acquiescé et je les ai laissées choisir le déroulement de mon accouchement. Morphine, gaz et péridurale parsemée de violences verbales et d'indifférences. J'ai demandé que ma mère soit là, ils lui ont refusé l'accès. 12 heures sans bulle, entourée de femmes violentes et humiliantes. J'ai poussé parce qu'on me l'a demandé, je suis sorti de ce corps à cet instant, j'ai accepté de mourir, car je ne pouvais plus y être. (Madeline)

J'ai mal partout et je ressens mon cœur qui bat. J'ai l'impression que c'est ça qui fait vibrer mon corps autant. Je veux partir, mais je ne peux pas. Mes bras sont attachés à la civière. Par la lumière je vois des silhouettes des personnes autour de moi. Mais personne ne me regarde. J'entends plein de voix, mais aucune que je reconnais. Personne ne me parle. J'ai froid. J'ai peur. (Marine)

Pour Juliette, cette attitude déshumanisante s'est jouée par de l'irrespect de sa dignité et par de la coercition : « En 2015, je suis presque à terme et j'ai des contractions. Je me présente à l'étage des naissances d'un hôpital et on m'oblige à me dévêtir devant un résident sans quoi on me refuse l'assistance nécessaire. Je m'y soumetts malgré moi, car je ne veux pas vivre un deuxième épisode de fausse couche. » (Juliette)

Finalement, pour d'autres, la déshumanisation s'exprime par l'absence d'explication de la procédure ou de la médication prescrite, empêchant ainsi une décision éclairée, ou encore l'omission de demander le consentement avant de prodiguer un soin ou de la médication. « Ils m'ont donné un antibiotique pour prévenir des infections et de la Mépéridine pour baisser ma pression artérielle. Pourquoi ce médicament, je posais des questions, mais je dérangeais visiblement. Personne ne me répondait et je ne leur faisais pas confiance. » (Lena)

Déchirure au 3<sup>e</sup> degré et dès la naissance de mon fils, ils me l'ont enlevé des bras et m'ont injecté un médicament, le Versed (je l'ai apprise plus tard). Ce médicament, pour me recoudre le périnée complètement ravagé, crée une forme d'amnésie, mon corps le sait que l'aiguille me transperce, mais je perds le contact de la réalité. L'équivalent de la drogue du viol, mais en version légale. (Madeline)

This first dose didn't work, so the next morning, we went in again for another dose. This time it was another doctor. He also did a membrane sweep, without really telling me what they were doing. "What did you do", I asked. "Something to help start labour going", he replied, smiling. "What is it call though?" I asked, feeling nervous. " A membrane sweep." I had done enough research to know what that was, but I wasn't sure if he needed my consent to do that or not. It was too late to object, so I quickly brushed it off. But the feeling of anger from having this procedure done to me non-consensually lingered. (Diamond)

We signed the papers, and we were brought into the operating room. I laid on the table and the anesthesiologist hooked me up, numbing my body from the chest down. The table was ice cold, and the room was colder. I was surrounded by students, because in the middle of it all, I'd agreed for them to be in the operating room. If I had been asked for permission at the beginning I would have said no, rather than being asked when my body was in complete crisis mode. (Diamond)

La déshumanisation dans les soins de santé a comme but principal de faciliter la vie des professionnels de la santé puisqu'en retirant « l'humanité » des patients, il devient alors plus facile de rester objectif, de maintenir une distance avec le patient et de se protéger émotionnellement (Haque & Waytz, 2012). Par ailleurs, à ces fins, les professionnels de la santé ont tendance à utiliser, consciemment et inconsciemment, des raccourcis tels que la dissemblance avec le patient, ce qui maintient et agrandit la position hiérarchique entre le médecin et le patient, la mécanisation du patient, ainsi que la désindividualisation, qui consiste à généraliser les patients en groupe selon leur sexe, leur race, leur pathologie, etc. (Haque & Waytz, 2012). Ce dernier raccourci est problématique puisqu'il renforce les préjugés et contribue à l'oppression des groupes minoritaires. La désindividualisation est également problématique du fait qu'elle peut mettre en danger la santé ou la vie de la future maman et son bébé en ignorant les caractéristiques individuelles de chacune.

#### 4.2.2 *Les négligences médicales*

La négligence peut se définir comme une faute ou erreur (manque de précautions, de prudence, de vigilance, de rigueur ou manque de soins) commise par un professionnel de la santé dans l'exercice de sa profession, mettant la sécurité du public en danger (Létourneau & Brisson, 2019). Les négligences médicales dénoncées dans les témoignages prennent diverses formes. Pour certaines, ces négligences ont été fatales ou ont mis la vie de leur fœtus sérieusement en danger. "At one point, the nurse ignored the doctor's orders to increase the oxytocin in my IV drip (oxytocin is commonly used to speed up labour) and blocked my husband from getting the doctor, delaying the birth of my son significantly" (Courtney).

Je suis venue à deux reprises à l'hôpital pour me plaindre de douleur et de saignement. On m'a laissé à 2 reprises moisir des heures sur les bancs de l'urgence sans jamais m'adresser à un spécialiste de néonatalité. À ma deuxième visite après 10 heures d'attente on m'annonçait qu'il était trop tard et qu'il n'y avait rien à faire. J'ai perdu mon fils le 10 février 2013. (Juliette)

One time a midwife used latex gloves on an internal exam despite me saying I was allergic many times. [...]. This pregnancy I was very ill and had many symptoms of ICP (Intraheptic cholestasis of pregnancy) but they refused to test me. At 39 weeks I was having contractions and was told to come back to consult the ob at the hospital. He took one look at my chart and said, "Induce her, she has ICP, we need to get this baby now. (Zora)

Pour certaines, la négligence a été au niveau de l'anesthésie et du contrôle de la douleur. « When I was in the room for C-section I clearly felt them starting to cut although I wasn't out yet. I screamed "I'm not out" and I heard muffled voices saying "not until I say so ». (Evelynn)

Le médecin pose chacun de ses pieds sur les roues du lit. Une infirmière s'accote contre son dos pour le maintenir en position. Il tire de toute ses forces. Je hurle, je souffre. Je crie : « Vous me charcutez! » Une infirmière se penche sur moi et me dit qu'il est normal de sentir un peu les forceps sous péridurale. JE NE SUIS PAS SOUS PÉRIDURALE CÂLISSE. (Marine)

Pour d'autres, la négligence des professionnels de la santé a mis leur propre sécurité à risque et aurait pu être fatale. « After the delivery, [...] I had the worst headache I'd ever had in my life. The puncture had caused a spinal fluid leak and I would need another procedure after the birth to repair it ». (Ainslie)

While recovering, I started to hemorrhage twice. The first time I was tended to quickly. The second time the nurse didn't check on me, having recently done so. She said "You're fine. I just checked on you" and walked out. I had huge clots coming out of me. My husband and a friend were in the room and saw the bleeding. They rushed out into the hallway to find a nurse. They screamed in the hallway for help. If my family wasn't there, I would have been left there bleeding. It was a nightmare. (Alyssa)

While recovering from my c-section, I was forced by the nurse to keep walking, even when I voiced several times that I didn't feel well. I woke up on the bathroom floor and the nurse was screaming for help. I'm really glad my husband was there because apparently, I had passed out. (Kim)

I was surrounded by doctors and nurses in surgical masks, but I couldn't feel anything, and I couldn't hear my baby's cries. Then the surgeon yelled, "Someone get another surgeon!" Tears were streaming down my face by now, and I was praying and looking into my partner's eye. [...] All of the students in the room were still standing there. She asked three more times and no one moved. "Shit I'll go!" The surgeon ran out into the hall, leaving me on the table, cut wide open. Another surgeon came racing back in the room with her. By this point my body was shaking dramatically and I felt so sick. (Diamond)

[A week after the birth], I was home alone with my kids for an hour and at that time, the blood was so much that I was naked in the bathtub as blood clots continued to come out of me. I was transported by an ambulance to the closest hospital [...]. When I got to the hospital, the paramedics left me in a stretcher in a hallway. I remained there for about 30 minutes as I continued to bleed. As I lay there, I noticed that I started to feel light headed and my vision was blurry. I had to call for someone to come help me. I then got sent to a room and eventually given an IV and a doctor came to help me. The Doctor then discovered that there was some of the placenta still inside of me, about the size of a fist. I was given medication which assisted the remaining placenta to be removed. With all the bleeding, I thought I was going to die. (Abigail)

### 4.3 Le racisme

Des attitudes ou des paroles discriminatoires teintées de racisme sont dénoncées dans plusieurs témoignages. Certaines des personnes témoignant ont rapporté une interaction avec un professionnel de la santé où la race est clairement nommée pour justifier une complication ou pour émettre un jugement.

At the 41-weeks ultrasound, our obstetrician called shortly afterwards and brought us in for a meeting. “They noticed the baby may have a cleft lip or a cleft palate,” she told us. “We aren’t sure how severe it is, and they are easily fixable. But we just wanted to let you know. It’s often seen in First Nation babies,” For me this information came as a shock, simply because it was never mentioned until the 41-weeks ultrasound. I’d had three or four ultrasounds and a full anatomy scan prior to this, with no issues or genetic differences mentioned. And the way they talked about it with us felt like they were just making an assumption because of our race. (Diamond)

At my one-week-postpartum appointment, my doctor rushed our meeting to an end after checking my blood pressure and taking a urine sample. She explained that it was very important I hurry to the emergency room. When I got to the hospital, I was shaken. [...] Amidst the mental chaos and confusion, these words managed to find their way out of my mouth: “Why is this happening to me? What is the explanation for what I am experiencing?” As a first-time mom with no health issues, I was looking for answers. The (white) ER doctor replied, in the most condescending, dismissive way: “I don’t know, hon, maybe because you are Black.” Then shot me a silencing look that seemed to say, “Don’t ask any more questions.” “Excuse me?” was the only thing I could manage to get out. I was stunned that the doctor was faulting my Blackness for my negative health outcome. (Ashley)

Je me suis plaint, mais personne ne semblait s’intéresser à moi ni m’entendre. J’entendais des phrases comme : « C’est ça accouché ma belle! », « Es-tu haïtienne? Vous êtes bruyantes les femmes noires », « En attendant l’anesthésiste, je vais te donner un peu de morphine ». (Madeline)

D'autres ont rapporté des interactions où la race n'est pas nommée, mais où l'on peut supposer que l'attitude que prend le professionnel de la santé est grandement influencée par la race en raison des stéréotypes présents dans la société. Deux personnes autochtones ont dénoncé ces interactions désagréables avec du personnel médical :

About a month later I discovered I was pregnant. I went to 5 different walk-in clinics until someone would agree to see me. They all accused me of trying to solicit narcotics (I don't even drink alcohol) and refused to see me. At the 5<sup>th</sup> clinic, the doctor said "this is what you get for selling your body for drugs" and wrote a referral to the hospital to have an abortion.[...] Not one person treated me with dignity. Not one person offered to help. The only thing they offered was to try and coerce me into sterilization. (Jade)

My nurse was rude and unprofessional. She looked at me like I was dirty and she was aggressive with me – she yanked my arms when taking my blood pressure and was constantly rolling her eyes. [After the birth]. Watching the video of Joyce Echaquan experiencing similar abuse, brought me back to when I was laying there screaming, crying, and asking for my doctor. I was thinking my son and I were going to die. (Courtney)

Morrison, Morrison, Harriman & Jewell (2008), ont montré dans leur étude que les stéréotypes sur les personnes identifiées comme des femmes autochtones étaient les plus ancrés dans la société canadienne. Selon leur étude, les stéréotypes associés aux femmes autochtones seraient qu'elles sont dépendantes financièrement de l'État, peu éduquées, vivant dans la pauvreté, toxicomanes, mauvaises mères, physiquement sales, spirituelles, paresseuses, peu fiables et indisciplinées (Morrison, Morrison, Harriman & Jewell, 2008). En lisant les témoignages de Jade et Courtney, on peut assumer que les interactions vécues avec les professionnels de la santé ont été influencées par les préjugés découlant de ces stéréotypes.

Trois femmes Noires ont rapporté des interactions similaires que l'on peut également attribuer aux stéréotypes reliés aux personnes identifiées comme des femmes Noires et qui circulent dans l'imaginaire collectif. Ces stéréotypes présentent les femmes Noires comme étant des femmes fortes, des femmes agressives et violentes, des femmes ayant des mœurs légères, des femmes qui abusent du système et des femmes qui sont de mauvaises mères. Pour Sophia, le stéréotype désignant les femmes Noires comme étant agressives a influencé une interaction qu'elle a eue avec une infirmière qui avait été désagréable avec elle : « I also remember them calling security after I asked the nurse that disrespected me not to touch me » (Sophia). Lena, quant à elle, était consciente des préjugés que portaient les professionnels à son égard, non seulement en raison de sa couleur de peau, mais également en raison du fait qu'elle avait l'air jeune :

J'avais un manque de confiance envers le corps médical, dû à mes expériences antérieures et des nouvelles expériences vécues durant ma grossesse. J'avais 28 ans, mais j'avais l'air très jeune. En tant que femme noire, on peut imaginer tous les stéréotypes et biais que j'éveillais chez de nombreuses personnes. Presque à chaque fois que je rencontrais un nouveau médecin ou infirmière, on m'accueillait avec des regards infantilisants et méprisants. Après, quand ils regardaient mon historique médical et confirmaient mon âge, ils se sentaient à l'aise de faire des commentaires déplacés et moralisateurs sur la problématique des jeunes mamans. (Lena)

Ces stéréotypes peuvent également être attribués à la raison pour laquelle la travailleuse sociale de l'hôpital a menacé Adeline d'appeler les services de protection de l'enfance sans que cela ne soit réellement justifié :

After the birth, when the midwives left and I was alone in the room with the baby (my husband left to go get something), the social worker who works in the Birthing Centre entered my room

unexpectedly. I recall feeling surprised that this stranger was in my room. She introduced herself. She had a file in her hand, and she read off this file with authority as she began to interrogate me on private issues I had only discussed with my midwife in confidence. I definitely did not want to have a conversation about this with this social worker, but I was not given an option. She continued to ask me very personal, very prying questions and made me feel as though I was on trial; that there would be consequences if I didn't answer her questions or if I didn't answer in the "right" way. Her manner felt impeding, pressuring, and interrogative and made me feel very scared. I was too scared to ask her to leave, but I definitely did not want her there. I remember very clearly that she sounded like she was implying that she could take my baby from me; she implied that she had the power to take my baby because I have supposedly behaved badly. A few minutes after she left, my husband came back to the room. He told me the social worker spoke with him outside my room, and that she told him to "watch" me without my knowing and if I showed any signs of post-partum depression, he should call the social worker right away. He was confused as to why she did this. (Adeline)

#### **4.4 Les effets des violences obstétricales et l'agentivité**

Quelques personnes ont partagé les effets qu'ont eu les violences obstétricales dans leur vie. Les violences subies par Jade ont eu un grand impact psychologique sur elle : elle a fait une tentative de suicide deux semaines après son avortement en raison du traitement qu'elle a reçu de la part du personnel médical : « I was 14 when this happened. I was suicidal for years, and the way people treated me after the assault is a big factor in that. I attempted suicide about two weeks after the procedure. » (Jade) Madeline a également subi des conséquences psychologiques après son accouchement, en plus des effets sur sa capacité à allaiter son bébé : « Après l'accouchement, j'ai vécu l'enfer. Cauchemars, dépression, impossible d'allaiter, une vie sexuelle horrible. » (Madeline)

D'autres personnes ont partagé avoir perdu confiance envers les médecins et le système de santé. À la suite de son expérience, Sophia décrit le personnel médical qu'elle a côtoyé: « My opinion, some of the nurses and doctors do not show compassion, empathy and treat you like a patient who is pretending. » (Sophia) Kim, qui attend son quatrième enfant, a également peur d'accoucher à l'hôpital et d'y laisser sa vie : « I've had three C-Sections. Having a baby is so scary, because the one thing I'm always worried about is: Am I going to make it through this experience? And now with COVID-19, I worried about appearing too sick or in pain, because what if they take my baby away and isolate me? » (Kim) Pour Lena, son expérience lui a fait perdre confiance envers le système de santé et l'a convaincue de ne plus avoir d'autres enfants :

J'avais effacé ces expériences, j'y pensais à peine. Je les avais normalisées. Pour moi l'accouchement équivalait à de la violence, une violence à laquelle on ne pouvait jamais se préparer assez. À la place d'être un moment rempli de joie, l'accouchement a été un moment traumatique. Je ne voulais plus passer par là, être dans une situation de vulnérabilité vis-à-vis d'un corps médical auquel je ne faisais pas confiance. (Lena)

Certaines ont raconté avoir peur des représailles si elle portait plainte ou à la suite d'une plainte. Alyssa dit être en processus de présenter plusieurs plaintes pour les traitements qu'elle a reçus à l'hôpital, mais qu'elle a peur des représailles puisqu'elle est elle-même médecin : « As a practising physician, I fear reprisals for speaking out and levying numerous complaints. What more can they do to me? I'm fed up with this BS<sup>2</sup>. » (Alyssa) Adeline a admis que la peur des représailles de la part de la travailleuse sociale de l'hôpital l'a empêchée de porter plainte pendant un certain temps : « I was too afraid to file

---

<sup>2</sup> BS est une abréviation du mot *bullshit*.

a complaint because she implied that she could come after me. I didn't know how or for what reason, but I was so scared of her that I didn't say anything until my son was 18 months and I was back at work. » (Adeline)

Ashley mentionne dans son témoignage que son expérience lui a permis de faire des apprentissages. Elle a également mis en place des stratégies pour éviter que son expérience traumatique ne se reproduise lors de son prochain accouchement: « As for me, I am due to give birth to my second child in January 2021, and in this pregnancy, I am feeling more empowered to navigate my maternal health. I've enlisted the care of a Black obstetrician/gynecologist and doula to support and advocate for me, and I'm making a detailed birth plan with my husband. » (Ashley)

Finalement, il est évident que toutes les personnes ayant témoigné ont fait preuve d'agentivité par le fait qu'elles ont dénoncé les mauvais traitements qu'elles ont subis aux mains des professionnels de la santé. Lena exprime d'ailleurs dans son témoignage que de raconter et dénoncer les mauvais traitements est pour elle une façon de se battre contre les violences obstétricales :

Mais aujourd'hui, alors qu'on aborde ces expériences comme étant des violences, qu'il y a des personnes qui prennent la parole pour briser le silence, pour dénoncer et pour partager leurs expériences de violence obstétricale, j'ai un peu d'espoir. Je sais que ce que j'ai vécu n'était pas « normal ». Je sais qu'il faut se battre pour que ces violences cessent d'être normalisées et cessent d'arriver. (Lena)

## **Chapitre 5 : Les violences obstétricales à l'aune de la matrice de domination**

Maintenant qu'ont été exposées les formes que peuvent prendre les violences obstétricales chez les personnes Noires et Autochtones ayant donné naissance à un enfant dans un établissement de soins de santé au Canada, voyons comment elles se manifestent et sont vécues à partir des cinq domaines de pouvoir de la « matrice de domination » de Collins (1990) et de Bilge (2015).

### **5.1 Le domaine structurel**

Le domaine structurel du pouvoir fait référence au maintien des inégalités par les systèmes et les institutions sociales (Collins, 1999). Il s'incarne dans la façon dont les systèmes contribuent à l'oppression et à la subordination des personnes marginalisées.

Dans le cas des violences obstétricales, les établissements de soins et les gens qui y travaillent représentent l'institution sociale alors que les personnes Noires et Autochtones ayant donné naissance représentent les populations marginalisées. L'hôpital est présenté par les personnes dont j'ai analysé le témoignage comme une structure qui prend entièrement en charge leur accouchement, les mettant ainsi dans une situation de soumission et de vulnérabilité envers les professionnels de la santé qui, eux, détiennent le savoir et le pouvoir.

Cette hiérarchisation fait en sorte que les politiques qui visent à protéger les droits des personnes, telle l'obligation du médecin à expliquer la situation pour permettre de faire un choix éclairé ou à demander le consentement de la patiente avant de pratiquer une intervention, sont souvent bafouées. En raison du pouvoir que détiennent les hôpitaux et les médecins, faire reconnaître les mauvaises expériences vécues et porter plainte devient presque impossible puisque les victimes ne sont pas crues ou l'importance de leur plainte est minimisée par l'hôpital : « I filed a report at the hospital and the person who took my report came back to notify me that the nurses were on modified duty and have back pain. I asked her why would they be at the front taking care of emergency patients. Nothing else came out of it » (Sophia). De plus, tel que dénoncé dans les témoignages consultés, cette subordination ouvre la porte à des débordements, contribue à la surmédicalisation de l'accouchement, même en l'absence de complications, et laisse très peu de place à l'autodétermination des personnes qui accouchent. Dans le domaine structurel du pouvoir, l'« empowerment » des groupes et des individus est impossible. Autrement dit, on n'accouche pas, on se fait accoucher :

We turned down the Pitocin again, and for those moments, I felt like I could do it on my own. The doctor quickly checked me again. "7 cm. I'll check you in a bit". I relaxed. My baby's heart-rate relaxed. And we layed there in a few moments of bliss. But after only 10 minutes of allowing me to relax and follow my body's cue, the OB came back for another cervix check. "You're still not dilating on your own and your baby is not facing the right way. We need the baby to flip around", she said. I remember thinking, "You're not giving me enough time for my body to dilate on its own!" But I didn't say anything. (Diamond)

On m'a placée dans une chambre et j'ai commencé le travail d'accouchement. J'aurais voulu marcher dans la salle et être en position assise pendant le travail pour éviter davantage les déchirures, mais on m'a laissée allongée tout le long. J'étais très fatiguée. Je ne me suis pas sentie entendue ni respectée. (Lena)

L'« empowerment » dans le domaine structurel du pouvoir est également impossible puisque ce domaine est systémique et agit depuis longtemps à travers les institutions sociales, toutes interdépendantes (Collins, 1999). Le système médical s'étant construit sur une idéologie patriarcale et sur des normes coloniales, racistes, hétéronormatives, cisgenres, transphobes, grossophobes, etc., il dessert souvent mal les personnes qui ne rencontrent pas ces normes. De plus, puisque le système médical forme les médecins, ceux-ci sont à risque de reproduire les oppressions et les violences dont ils ont été témoins, et ce, peu importe leur genre, leur couleur de peau, leur âge ou autre, d'autant plus que leurs connaissances médicales sont probablement également biaisées par ces normes (Davis, 2019).

The obviously frustrated and possibly overworked doctor proceeded to tell me that Black women are at a disproportionately risk for pre-eclampsia, which is the medical term for what I was experiencing. That's when I felt truly afraid. I knew that she could potentially be responsible for saving my life, and I didn't want to be left in the care of a medical professional who clearly saw me through a distorted lens. I started to cry. (Ashley )

If I, as a young, female, Black, well-educated physician am experiencing this, I believe there is a systemic issue here. (Alyssa)

Finalement, la hiérarchie des savoirs qu'incarne l'institution médicale amène une hiérarchisation des relations professionnels-patients. L'autorité médicale a donc généralement préséance sur le savoir et le vécu des personnes qui donnent naissance.

## 5.2 Le domaine disciplinaire

Le domaine disciplinaire du pouvoir fait référence au mode de régulation « qui repose sur les hiérarchies bureaucratiques et les techniques de surveillance [...] » (Collins, 1999). Dans le cas des violences obstétricales, les institutions, incarnées par les établissements de soins et leurs divers politiques et protocoles, permettent de reproduire les oppressions enchevêtrées et de discipliner les personnes qui donnent naissance dans ces établissements. Durant la grossesse, l'accouchement et la période périnatale, la surveillance entourant les personnes qui donnent naissance est omniprésente, notamment par les suivis médicaux et la technologie médicale (De Koninck, 2015). Cette surveillance résulte souvent en la prise d'une posture préventive et interventionniste de la part des professionnels de la santé :

Week 42 came, and we had another appointment. "Since the baby isn't coming naturally, we will induce you", our OB/GYN said. "We'll do a dose of Cervidil and hopefully that will start your labor process." "Could we wait a few more days?" I asked. I didn't like the pressure to quicken the birth process, and I was dismayed that the trust I had in my body to know when to birth the baby was being limited by the colonial medical system. "We advise against waiting any longer," she said. "How is the amniotic fluid?" I asked. She told me it was OK for now, but they were worried it might decrease, and that's why they wanted to induce. (Diamond)

Les différents protocoles mis en place par les établissements de soins permettent également d'imposer un contrôle sur les personnes qu'ils soignent. Ce contrôle a été dénoncé à divers degrés par les personnes qui ont témoigné de leurs expériences de violence obstétricale.

Par exemple, Jade, qui est devenue enceinte à la suite d'une agression sexuelle en centre jeunesse, a vu son avortement retardé de six heures puisque l'établissement avait un protocole selon lequel une personne de moins de 16 ans devait avoir un parent pour la reconduire à la maison, ce qui n'était pas possible pour elle : « On the day of my appointment, the procedure was delayed 6 hours because I was under the age of 16 and did not have a parent with me to “ drive me home ” » (Jade).

Comme nous avons pu le constater dans les extraits présentés dans le chapitre d'analyse, plusieurs personnes ont également été brusquées par les différents protocoles visant à accélérer l'accouchement ou à faciliter le travail des professionnels, tel que la rupture des membranes, l'administration de médicaments ou d'hormones pour accélérer l'accouchement ou le recours à une césarienne en l'absence d'urgence.

Ces protocoles s'appuient sur une logique de « gestion du risque » qui justifie le contrôle pris par les professionnels de la santé sur l'accouchement et sur le corps des personnes qui reçoivent leurs soins. La notion de risque devient donc un « contrat coercitif » pour les personnes donnant la vie dans les établissements de santé (St-Amant, 2013, p. 38).

### **5.3 Le domaine hégémonique**

Le domaine hégémonique sert de lien entre les autres domaines d'oppression (structurel, disciplinaire et interpersonnel) en manipulant les idéologies et la culture

(Collins, 1999). Il justifie et maintient les oppressions en se servant du « sens commun » ou d'idées populaires ancrées dans la population (Collins, 1999).

Plusieurs idées populaires entourent l'accouchement et ont des conséquences pour les personnes qui voudraient accoucher d'une façon différente de celles reconnues par la norme.

Premièrement, dans le sens commun, l'accouchement à l'hôpital est la façon la plus « normale » et la plus sécuritaire d'accoucher. Puisque les gouvernements sont également influencés par ces idées populaires, le financement alloué aux méthodes d'accouchement alternatives est quasi-absent, créant une pénurie de sages-femmes et limitant ainsi l'accès à ce genre de services. Cette idée justifie également la surmédicalisation et le contrôle de l'accouchement par le personnel médical :

I called the Midwife Association of Saskatchewan to ask about opting for a home birth with a midwife. Due to a shortage of midwives in general, the idea of even having one present at a hospital was out of the question. “You are 181 on the waitlist,” I was told. Then they asked me where I was located. “Poundmaker Cree Nation”, I said. “Where is that?” they asked. “About 40 minutes outside North Battleford.” The representative from the midwife association then told me that it's not recommended to have a home birth that far from a hospital, in case anything happens to you or the baby. I quickly thanked them and hung up. [...] We couldn't get a midwife based on where we lived, and finding a birth-support worker who shared our cultural background—or even just honoured it—was next to impossible. It was rage at the reality that we, as Indigenous mothers, do not have the freedom to birth how we want to, on our own homelands, with our own health-care systems. (Diamond)

Deuxièmement, il est dans la croyance populaire que les médecins sont des experts du corps humain et de son fonctionnement. Bien que les professionnels de la santé en

connaissent beaucoup plus sur la médecine que le commun des mortels, cette croyance est problématique pour plusieurs raisons. Tout d'abord, elle renforce les inégalités de pouvoir entre les professionnels de santé et leurs patients et, comme nous avons pu le constater dans le chapitre d'analyse, cette inégalité est à la base de plusieurs mauvais traitements et limite l'autodétermination des patients. Ensuite, cette croyance justifie l'utilisation d'une posture plus interventionniste ainsi que le non-respect du droit de la personne qui accouche de consentir aux traitements. En effet, dans l'idée commune, le médecin agit toujours dans le meilleur intérêt et pour la sécurité de leurs patientes et patients. Finalement, cette idée commune complique le processus de plainte puisque ces personnes risquent de ne pas être crues, de voir leurs plaintes minimisées ou d'être tout simplement « gaslighter » par le système de santé, comme cela est ressorti de plusieurs témoignages.

Finalement, les préjugés et les stéréotypes racistes, sexistes, transphobes, homophobes et autres, ancrés dans la société, sont également problématiques puisqu'ils sont véhiculés au sein des établissements de santé et influencent les politiques, les protocoles et les interactions entre les professionnels de la santé et les patients.

#### **5.4 Le domaine interpersonnel**

Le domaine interpersonnel du pouvoir renvoie à la façon dont les personnes agissent entre elles et envers elles-mêmes (Collins, 1999). Comme nous avons pu le constater dans les témoignages, ce domaine de pouvoir s'observe surtout dans les interactions entre les personnes et le personnel médical. Ces interactions sont directement liées aux domaines structurel, hégémonique et disciplinaire en raison des actes médicaux exécutés par le

personnel médical dans un contexte et une structure teintée d'une certaine vision administrative et de certaines idéologies. Les actions et les interactions du personnel médical envers les personnes donnant naissance, contribuent à leur soumission puisqu'elles sont effectuées avec un objectif d'autorité et de contrôle. Cela est notamment visible par les gestes effectués sans un consentement libre et éclairé ou encore, par les interactions désagréables vécues par les personnes durant leur accouchement.

La domination du savoir médical sur le savoir expérientiel des personnes durant l'accouchement est également une façon d'imposer la subordination de ces dernières. Ceci est notamment visible par la banalisation de la douleur, par le fait d'être ignorée, par le détournement cognitif ou encore par les remarques sexistes et racistes qui ont été présentées dans le chapitre précédent ainsi que dans l'extrait suivant, qui résume bien certaines formes d'interaction vécues avec le personnel médical lors de l'accouchement: « Ne pas être traitée avec respect, ne pas être entendue, se voir nier le respect du consentement quand il s'agit de ton corps. Ne pas avoir accès à toutes les informations et être infantilisée » (Lena).

Finalement, le domaine interpersonnel du pouvoir se trouve également dans les interactions entre les personnes qui ont subi de la violence obstétricale et leurs proches. En effet, les proches peuvent aussi ne pas les croire, dire qu'elles exagèrent, ou encore banaliser leur expérience en mettant l'emphasis sur le fait qu'elles ont eu un bébé en santé et qu'elles ne devraient pas se plaindre. Ce genre d'interactions est décrit dans le témoignage de Madeline : « Je venais de subir un viol, un viol collectif par le personnel médical et les gens autour me disaient : "Tu as un bébé en santé, c'est tout ce qui compte!" » (Madeline)

## 5.5 Le domaine psychique et incorporé

Le domaine psychique et incorporé du pouvoir réfère à l'expérience subjective de la personne et la manière dont celle-ci a perçu et ressenti les oppressions (Bilge, 2015). Puisque ce domaine de pouvoir est très subjectif, la façon dont il est vécu est très personnelle et individuelle, découlant des caractéristiques sociologiques de la personne, de ses expériences antérieures, de sa personnalité, etc.

L'analyse des témoignages permet de constater que ce domaine de pouvoir est visible de diverses façons dans l'expérience qu'ont eu les personnes Noires et Autochtones des violences obstétricales. Pour certaines personnes, l'autorité des professionnels de la santé et de l'établissement médical les ont faites se sentir inadéquates durant leur accouchement, rendant leur expérience complètement différente de ce qu'elles avaient anticipé compte tenu de leur culture:

In our traditional birthing practice, we chose to trust the bodies of our women and the medicines of the land to give life. [...]. My baby's birth story is very different. The morning we went in to get the first dose of Cervidil, it was me, my partner, and a random student doctor who was doing his placement in the maternity ward. It was completely different from how I had envisioned the first steps of birthing my child, and I felt quite devalued as a human. (Diamond)

Je m'étais beaucoup renseignée pendant ma grossesse, car on le sait bien, « knowledge is power ». Je connaissais les abus du Pitocin, les déclenchements de convenance pour satisfaire le donneur de soins et les risques accrus de césarienne que cela entraînait. Puis, je savais que je voulais un accouchement sans péridurale. Je pensais que détenir toute l'information allait me protéger. Mais en arrivant à l'hôpital, rien ne s'est passé comme je l'avais planifié. (Lena)

Le domaine de pouvoir psychique et incorporé inclut également la corporéité, soit la manière dont le corps internalise ou non les rapports de domination (Bilge, 2015). À la suite de l'analyse des témoignages, cela est visible dans la façon dont certaines personnes normalisent les comportements ou ressentent au contraire la violence des rapports de domination : par exemple, le fait de vivre du racisme dans un milieu qu'elles anticipaient comme étant neutre ou encore de ressentir comme une violence le fait de ne pas pouvoir accoucher selon ses coutumes traditionnelles. Ces extraits de témoignage démontrent comment les personnes ont vécu leur expérience : « Ultimately, the colonial healthcare system decided my birth plan, and erased the Indigenous birthing practices that were most important to us » (Diamond).

Du racisme j'en vis constamment, pourtant j'ai été assez naïve pour croire que j'aurais un répit du racisme pour donner la vie. Ma vie est moins importante même dans une salle d'accouchement. (Madeline)

I honestly thought everything would be okay because I'm in Canada, and people said it was better and less racist here than the US. I was really excited because I even had Black nurses. But the biases are still there. (Kim).

Finalement, le domaine psychique et incorporé du pouvoir est visible dans la façon dont les personnes décrivent les violences qu'elles ont vécues, dans la réaction qu'elles ont eue face aux comportements et aux interactions déshumanisants et dans la façon dont ces violences ont eu des effets dans leur vie.

## **Conclusion**

Afin de bien comprendre la problématique des violences obstétricales vécues par les personnes Noires et Autochtones dans des établissements de soins au Canada, j'ai tout d'abord effectué une recension des écrits, notamment sur les violences obstétricales ainsi que sur l'histoire des personnes Noires et Autochtones en lien avec la maternité. J'ai ensuite expliqué mon cadre théorique, soit celui du féminisme intersectionnel et de la matrice de domination de Patricia Hill Collins (1990), puis j'ai décrit les choix méthodologiques faits pour effectuer cette recherche. J'ai poursuivi en analysant les formes de violence obstétricale présentées dans les témoignages et j'ai terminé cette recherche en présentant les résultats à la lumière du cadre théorique de la matrice de domination.

Les deux objectifs principaux de cette recherche étaient d'explorer les violences vécues par les personnes Noires et Autochtones durant leur grossesse, l'accouchement et la période périnatale et de comprendre la nature de ces violences ainsi que les cadres d'oppression qui y contribuent. La recherche a permis de répondre au premier objectif en montrant, à l'aide de l'analyse de témoignages publiés sur internet par des personnes Noires et Autochtones, les formes prises par les mauvais traitements subis durant leur accouchement dans un établissement de soins de santé au Canada. Ces personnes ont dû notamment faire face à des attitudes irrespectueuses et sexistes de la part du personnel médical, à des traitements déshumanisants et à de la négligence médicale, ainsi qu'à du racisme. Quelques exemples des formes de violence qui revenaient le plus souvent dans les témoignages étaient le fait d'être ignoré-e par le personnel médical, de voir sa douleur banalisée et d'être confronté-e à des comportements racistes.

Ces résultats concordent avec ceux exposés dans l'étude de Mitchell & Herbert (2014) sur les expériences d'accouchement de femmes Noires au Canada, dans laquelle les auteures ont démontré que les personnes identifiées comme des femmes Noires étaient plus à risque d'endurer des traitements discriminatoires, d'être isolées et ignorées par le personnel médical, de ne pas être informées correctement du processus, de leurs droits et des procédures médicales, et d'endurer du racisme dans l'établissement de soin (Mitchell & Herbert, 2014).

Ces résultats concordent également avec les études de Vang & Collab (2018) et de Brown, Varcoe et Calam (2011) portant sur les expériences des femmes Autochtones dans les hôpitaux « blancs ». Leurs études respectives montrent en effet l'expérience du racisme et de préjugés apparents de la part du personnel dans les soins prénataux durant l'accouchement et dans les soins périnataux (Vang & Collab., 2018 ; Brown, Varcoe & Calam, 2011).

La recherche a également permis de répondre au deuxième objectif en jetant un éclairage sur les formes de domination qui sont à la source des comportements oppressifs dans la société et dans les établissements de soins de santé. En analysant les témoignages de personnes Noires et Autochtones qui ont vécu des violences obstétricales au Canada, j'ai pu faire des liens entre les comportements du personnel médical décrits et les racines coloniales, patriarcales, hétéronormatives, cisgenres et relatives à l'âge, racines le plus souvent imbriquées, des structures institutionnelles de soins de santé.

Ces résultats concordent également avec les résultats des études de Owens & Fett (2019) et de Prather & Collab (2018), qui notent que les mauvais traitements et le racisme

envers les personnes Noires dans les établissements de santé proviendraient directement de l'esclavage, étant donné que cette période a modelé les préjugés et l'objectification des corps noirs et que la gynécologie et la médecine obstétrique modernes prennent leurs racines dans des expérimentations sur les corps des femmes et des personnes Noires (Owens & Fett, 2019 ; Prather & Collab., 2018).

Les résultats de ces analyses concordent également avec ceux de Finestone & Stirbys (2018), qui constatent que la colonisation est toujours présente dans les soins de santé apportés aux personnes Autochtones, notamment par le contrôle du gouvernement fédéral de leur corps, par les politiques mises en place – telles que les politiques d'évacuation des naissances – et par la stérilisation encore pratiquée sur des personnes Autochtones sans leur consentement (Finestone & Stirbys, 2018). La présence du racisme dans le système de santé est également évidente lorsqu'on considère que les témoignages choisis pour cette recherche provenaient des quatre coins du Canada.

En cela, ce mémoire avait pour visée de donner un peu plus de visibilité à un problème qui est peu connu du grand public et qui est souvent ignoré par les mouvements féministes « mainstream ». Étant donné que cette étude portait sur des témoignages déjà écrits, il serait fort intéressant, dans de futures recherches, d'effectuer des entrevues en personne avec des personnes Noires et Autochtones qui ont vécu une expérience de violence obstétricale afin d'avoir une vision encore plus complète et approfondie de ce problème social. Il pourra également être très pertinent d'étudier les effets qu'a eus la pandémie sur les violences obstétricales en raison de l'interdiction d'être accompagné-e lors de l'accouchement, du port du masque, du manque de personnel et de la fatigue des professionnels de la santé (Dobrzynski, 2020). Il sera également intéressant de suivre les

mouvements militants contre les stérilisations forcées et de voir ce que les gouvernements vont mettre en place pour lutter contre cette forme d'oppression (2021).

## Bibliographie

- Ahern, K. (2018). Institutional betrayal and gaslighting. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 32(1), 59-65. DOI: [10.1097/JPN.0000000000000306](https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000306)
- Alinia, M. (2014). On *Black Feminist Thought*: thinking oppression and resistance through intersectional paradigm. *Ethnic and Racial Studies Review*, 38(13), 2334-2340. DOI: [10.1080/01419870.2015.1058492](https://doi.org/10.1080/01419870.2015.1058492)
- Amaoko, E. (N.A.), Mistreatment/violence & racism against Black women during child birth in Canada. Tiré de : <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Mommy%20Monitor%20Canada.pdf> (Consulté le 2 septembre 2021).
- Anderson, K. (2006). New life stirring: Mothering transformation and Aboriginal womanhood. Cooper Owens, D. & Fett, S.M. (2019). Black maternal and infant health: Historical legacies of slavery. *American Journal of Public Health*, 109(10), 1342-1345. Tiré de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6727302/>
- Baig, F. (2021, June 3). Forced sterilization of Indigenous women an ongoing problem: Senate report. *CTV News*. Tiré de : <https://www.ctvnews.ca/politics/forced-sterilization-of-indigenous-women-an-ongoing-problem-senate-report-1.5455226> (Consulté le 2 septembre 2021).
- Bilge, S. (2015). Le blanchiment de l'intersectionnalité. *Recherches Féministes*, 28(2), 9-32. DOI : <https://doi.org/10.7202/1034173ar>

Bédard, R.E.M. (2006). An Anishinaabe-kwe ideology on mothering and motherhood. In D. Lavell-Harvard and J. Lavell (éd.). *Until our hearts are on the ground: Aboriginal mothering, oppression, resistance and rebirth*, 65-75. Toronto, Ontario: Demeter Press.

Bock-Côté, M. (2020, 1 juin). La loi 101 est-elle raciste? Apparemment, selon certains « antiracistes ». *Le Journal de Québec*. Tiré de : <https://www.journaldequebec.com/2020/06/01/la-loi-101-est-elle-raciste-apparemment-selon-certains-antiracistes?fbclid=IwAR0ia1ob-sVx-I8xkEXucYXwUvz7vUo1cS8mchXJ-BIa4yZtZrgmOFKX74Y> (Consulté le 2 septembre 2021).

Bourassa, C., McKenna, B. & Juschka, D. (2017). *Listening to the beat of our drum: Indigenous parenting in a contemporary society*. Ottawa, Ontario: Demeter Press.

Bristow, P. (2000). *We're rooted here and they can't pull us up: Essays in African Canadian Women's history*. Toronto, Canada: University of Toronto Press

Brown, H., Varcoe, C. & Calam, B. (2011). The birthing experiences of rural Aboriginal women in contexts: Implication for nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 43(4). Tiré de : <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2330>

Carastathis, A. (2014). The concept of intersectionality in feminist Theory. *Philosophy Compass*, 9(5), 304-314. DOI : 10.1111/phc3.12129

- Caron, R & Damant, D. (2015). Le féministe postcolonial à l'épreuve : Comment échapper au « piège binaire ». *Nouvelles Pratiques Sociales*, 26(2), 142-156. DOI : <https://doi.org/10.7202/1029267ar>
- Cellard, A. (1998). L'analyse documentaire, dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pires (Eds.) : *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 251 à 271), Boucherville : Gaetan Morin.
- Clark, N. (2016). Red intersectionality and violence-informed witnessing praxis with indigenous girls. *Girlhood Studies*, 9(2), 46-64. DOI : 10.3167/ghs.2016.090205
- Cohen Shabot, S. (2019). "Amigas, Sisters: we're being gaslighted". Dans C. Pickles. & J. Herring (Édit), *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring issues of violence and control* (p.p. 14-29). Londre, Angleterre: Routledge.
- Cooper, A. (2000). Constructing black women's historical knowledge. *Atlantis*, 25(1), 39-50. Tiré de: <https://journals.msvu.ca/index.php/atlantis/article/view/1544/1333>
- Cooper Owens, D. & Fett, S.M. (2019). Black maternal and infant health: Historical legacies of slavery. *American Journal of Public Health*, 109(10), 1342-1345. Tiré de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6727302/>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *Université of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167. Tiré de :

<https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>

Crenshaw, K. (1990). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(1), 1241-1258. Tiré de :

[https://heinonline-org.proxy.bib.uottawa.ca/HOL/Page?collection=journals&handle=hein.journals/stflr43&id=1274&men\\_tab=srchresults](https://heinonline-org.proxy.bib.uottawa.ca/HOL/Page?collection=journals&handle=hein.journals/stflr43&id=1274&men_tab=srchresults)

Christmas, M. (2021). #SayHerName: Should obstetrics and gynecology reckon with the legacy of JM Sims? *Reproductive Science*. DOI: [10.1007/s43032-021-00567-6](https://doi.org/10.1007/s43032-021-00567-6)

Cidro, J., Dolin, E. & Queskekapow, C. (2017). Bored, broke, and alone: Experiences of pregnant and expectant First Nations mothers birthing in and out of the community. In J. Cidro and H. Tait Neufeld (édit.) *Indigenous experiences of pregnancy and birth*. 73-90. Bradford, On. : Demeter Press.

Cidro, J., Bach, R. & Frohlick, S. (2019). Canada's forced birth travel: towards feminist Indigenous reproductive mobilities. *Reproductive Mobilities*, 15(1), 173-187. DOI:

[10.1080/17450101.2020.1730611](https://doi.org/10.1080/17450101.2020.1730611)

Clarke, E. (2021). Indigenous women and the risk of reproductive healthcare: forced sterilization, genocide, and contemporary population control. *Journal of Human Rights and Social Work*, 6(1), 144-147. Tiré de :

<https://link.springer.com/article/10.1007/s41134-020-00139-9>

Cull, R. (2006). Aboriginal mothering under the State's gaze. Cooper, A. (2000). Constructing black women's historical knowledge. *Atlantis*, 25(1), 39-50. Tiré de: <https://journals.msvu.ca/index.php/atlantis/article/view/1544/1333>

Davis, D-A. (2019). Obstetric Racism: The racial politics of pregnancy, labor and birthing. *Medical Anthropology*, 38(7), 560-573. DOI: [10.1080/01459740.2018.1549389](https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389)

Deneffe Dobrzynski, M-L. (2020). Naissance en temps de Covid-19. *Recherches & Éducation*. DOI : [10.4000/rechercheseducations.11353](https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.11353)

Denny, E. (2020, December 19). The fatality of bias: The legacy of colonialism on Indigenous women and the Canadian healthcare system. *Global Policy Review*. Tiré de : <https://www.theiwi.org/gpr-reports/indigenous-women-and-the-canadian-healthcare-system> (2 septembre 2021).

Dovidio, J.F., Gaertner, S.L. & Saguy, T. (2015). Color-blindness and commonality: Included but invisible? *American Behavioral Scientist*, 59(11), 1518-1538. DOI: 10.1177/0002764215580591

Egersman, M. (1999) *Unyielding Spirits: Black women and slavery in early Canada and Jamaica*. New-York, United States : Routledge

El-Mowafi, I.M., Yalahowm, A., Idriss-Wheeler, D. & Yaya, S. (2021). The politest form of racism: sexual and reproductive health and rights paradigm in Canada. *Reproductive Health*, 18(1). DOI: 10.1186/s12978-021-01117-8

Enang, J.E. (1999). *The childbirth experiences of African Nova Scotian women* (thesis submitted for the degree of Master of Nursing, Dalhousie University, Halifax, Canada). Tiré de :  
[https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk1/tape9/PQDD\\_0015/MQ49348.pdf](https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk1/tape9/PQDD_0015/MQ49348.pdf)

Epstein, R., Blake, J.J. & González, T. (2017). *Girlhood Interrupted: The erasure of black girl's childhood*. Washington DC, États-Unis: Georgetown Center on Poverty and Inequality.

Etowa, J.B. (2012). Becoming a mother: The meaning of childbirth for African-Canadian women. *Contemporary Nurse: a Journal for the Australian Nursing Profession*, 41(1), 28-40. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.41.1.28>

Etowa, J.B. (2012). Black women's perceptions of supportive care during childbirth. *The International Journal of Childbirth Education*, 27(1), n.a. Tiré de :  
<https://link.gale.com/apps/doc/A302298437/AONE?u=otta77973&sid=bookmark-AONE&xid=93a3aa66>

Etowa, J.B., Beagan, B.L., Eghan, F. & Bernard, W. T. (2017). "You feel you have to be made of steel": The strong black woman, health and well-being in Nova Scotia. *Health Care for Women International*, 38(4), 379-393. DOI: 10.1080/07399332.2017.1290099

Filice, M. (2015). Bi-spiritualité. Tiré de :  
<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/two-spirit> (2 septembre 2021).

- Finestone, E & Stirbys, C. (2017). Indigenous birth in Canada : Reconciliation and Reproductive justice in the settler state. Dans H. Tail Neufeld & J. Cidro (Édit), *Indigenous Experiences of Pregnancy and Birth*. (pp.176-202). Ontario: Demeter Press.
- Flynn, C., Damant, D. & Bernard, J. (2015). Analyser la violence structurelle faite aux femmes à partir d'une perspective féministe intersectionnelle. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 26(2), 28-43. DOI : <https://doi.org/10.7202/1029260ar>
- Fraser, S. (2021). The toxic power dynamics of gaslighting in medicine. *Canadian Family Physician*, 67(1), 367-368. Tiré de: <https://www.cfp.ca/content/cfp/67/5/367.full.pdf>
- Fraser, R. & Reddick, T. (1997). North End Community Health Centre Black : Women's Health Program Report: *Building Black Women's Capacity on Health Care*. Halifax: Nova Scotia.
- Gouvernement du Canada. (2021). Peuples et communautés autochtones. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100013785/1529102490303> (consulté le 7 août 2021)
- Hacques, O.S. & Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine causes, solutions and functions. *Perspectives on Psychological Science*, 7(2), 176-186. Tiré de: <https://www.jstor.org/stable/41613554>
- Harper, E. (2012). Regards sur l'intersectionnalité. *Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence fait aux femmes : Collection Études et*

*Analyses*, 44(1), 1-15. Tiré de : [http://www.relais-femmes.qc.ca/files/CRI-VIFF-Regards\\_sur\\_intersectionnalite.pdf](http://www.relais-femmes.qc.ca/files/CRI-VIFF-Regards_sur_intersectionnalite.pdf).

Hennell, K., Limmer, M. & Piacentini, M. (2019). Ethical dilemmas using social media in qualitative social research: A case study of online participant observation. *Sociological Research Online*, 25(3), 473-489. DOI: 10.1177/1360780419888933

Hill Collins, P. (1990). *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Boston: Unwin Hyman.

Hill Collins, P. (1999). *Black feminist thought: knowledge, consciousness, and the politics of empowerment, second edition*. Boston: Unwin Hyman.

Hill Collins, P. (1999). *La pensée féministe noire* (traduit par D. Lamoureux). Montréal, Qc : Les Éditions du Remue-Ménage.

Hill Collins, P. (2014). *Reconceiving Motherhood*. Bradford, Ontario: Demeter Press.

Hill, N. (2019). Understanding obstetric violence as violence against mothers through the lens of matricentric feminism. *Journal of Motherhood Initiative*, 10(1&2). P.p. 233-241. Tiré de : <https://jarm.journals.yorku.ca/index.php/jarm/article/view/40566>

Jacques, B. (2007). *Sociologie de l'accouchement*. Paris, France : Le Monde – Presses universitaires de France.

Jasen, P. (1997). Race, culture, and the colonization of childbirth in northern Canada. *Social History of Medicine*, 10(3), 383-400. DOI : [10.1093/shm/10.3.383](https://doi.org/10.1093/shm/10.3.383)

Kolahdooz, F., Launier, K., Nader, F., Yi, K.J., Baker, P., McHugh, T-L., Vallianatos, H. & Sharma, S. (2016). Canadian Indigenous women's perspectives of maternal health and health care services: A systematic review. *Diversity and Equality in Health Care*, 13(5), 334-348. Tiré de :

[https://www.researchgate.net/profile/Fariba-](https://www.researchgate.net/profile/Fariba-Kolahdooz/publication/323804366_Canadian_Indigenous_Womens_Perspectives_of_Maternal_Health_and_Health_Care_fServices_A_Systematic_Review/links/5ab911fd45851515f59fee34/Canadian-Indigenous-Womens-Perspectives-of-Maternal-Health-and-Health-Care-Services-A-Systematic-Review.pdf)

[Kolahdooz/publication/323804366\\_Canadian\\_Indigenous\\_Womens\\_Perspectives\\_of\\_Maternal\\_Health\\_and\\_Health\\_Care\\_fServices\\_A\\_Systematic\\_Review/links/5ab911fd45851515f59fee34/Canadian-Indigenous-Womens-Perspectives-of-Maternal-Health-and-Health-Care-Services-A-Systematic-Review.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Fariba-Kolahdooz/publication/323804366_Canadian_Indigenous_Womens_Perspectives_of_Maternal_Health_and_Health_Care_fServices_A_Systematic_Review/links/5ab911fd45851515f59fee34/Canadian-Indigenous-Womens-Perspectives-of-Maternal-Health-and-Health-Care-Services-A-Systematic-Review.pdf)

Labrecque, M. (2018). *Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales* (mémoire de maîtrise en travail social, Université de Montréal, Canada). Tiré de :

[https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21340?locale-](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21340?locale-attribute=fr)

[attribute=fr](https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21340?locale-attribute=fr)

Lalonde, A.B., Butt, C. & Bucio, A. (2009). Maternal health in Canadian Aboriginal communities: Challenges and opportunities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 31(10), 956-962. DOI 10.1016/s1701-2163(16)34325-0

Landry, M.P. (2019). *Expériences de violence obstétricale en milieu hospitalier québécois : une analyse féministe intersectionnelle* (mémoire de maîtrise en service

social, Université Laval, Canada). Tiré de :

<https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/37091>

Larousse. (2021). Déshumaniser. Tiré de :

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9shumaniser/24446> (2 septembre 2021).

Lawford, K. & Giles, A.R. (2012). An analysis of the evacuation policy for pregnant First Nations women in Canada. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 8(3), 329-342. DOI: [10.1177/117718011200800308](https://doi.org/10.1177/117718011200800308)

Leitenberger, K.A. (1998). *Aboriginal midwifery and traditional birthing systems revisited and revitalized: Interviews with First Nations elders in the Northwest region of British Columbia* (Thesis, Master of Art in First Nation Studies, University of Northern British Columbia). Tiré de :

<https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/ftp03/MQ62495.pdf>

Mann, J. (2018). *Canadian maternal healthcare policies and Indigenous women: The systemic, symbolic, and individual oppression of Indigenous women in Canada*. (Major Research Paper, University of Ottawa, Ottawa, Ontario). Tiré de :

[https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/38498/1/Mann\\_Janessa\\_2018\\_researchpaper.pdf](https://ruor.uottawa.ca/bitstream/10393/38498/1/Mann_Janessa_2018_researchpaper.pdf)

Marshall, T. & Gallant, D. (2012). Residential schools in Canada. Tiré de :

<https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/residential-schools> (7 août 2021).

- McKenna, B., Myers, M.D. & Newman, M. (2017). Social media in qualitative research: Challenges and recommendations. *Information and Organization*, 27(2), 87-99.  
DOI: [10.1016/j.infoandorg.2017.03.001](https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2017.03.001)
- McKinnon, B., Yang, S., Kramer, M.S., Bushnik, T., Sheppard, A.J. & Kaufman, J.S. (2016). Comparison of black-white disparities in preterm birth between Canada and the United States. *CMAJ*, 188(1), 19-26, DOI: 10.1503/cmaj.150464
- McLaren, A. (1997). *Our own master race: eugenics in Canada, 1885-1945*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.
- McMillan, L. (2019). Reproductive rights and responses to slut shaming. Dans J. White-Farnham, B. Siegel Finer & C. Molloy (Édit), *Women's Health Advocacy : Rhetorical ingenuity for the 21<sup>st</sup> century* (pp.191-203). New-York: Routledge.
- Mitchinson, W. (2002). *Giving birth in Canada, 1900-1950*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.
- Molony, B. & Nelson, J. (2017). *Women's activism and "Second Wave" Feminism: Transnational Histories*. London, United Kingdom and New-York, United States : Bloomsbury.
- Morrison, M.A., Morrison, T.G., Harriman, R.L. & Jewell, L.M. (2008). Old-fashioned and modern prejudice toward Aboriginals in Canada dans M.A. Morrison & T.G. Morisson (Édit.), *The psychology of Modern Prejudice* (ch.12). Nova Science Publishers, Inc.

Murphy, C. (2018, September 27). The husband stitch isn't just a horrifying childbirth myth. *HealthLine*. <https://www.healthline.com/health-news/husband-stitch-is-not-just-myth> (Consulté le 7 juillet 2021).

Nickel, S.A. (2017). "I am not a women's libber although sometimes I sound like One": Indigenous feminism and politicized motherhood. *American Indian Quarterly*, 41(1), 299-335. Tiré de : <https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/1968383635/abstract/1263BC9900274270PQ/1?accountid=14701>

O'Driscoll, T., Payne, L., Kelly, L., Cromarty, H., St Pierre-Hansen, N. & Terry, C. (2011). Traditional First Nations birthing practices: Interviews with elders in Northwestern Ontario. *Journal of Obstetric and Gynecology Canada*, 33(1), 24-29. DOI: 10.1016/S1701-2163(16)34768-5.

Organisation des nations unies (1993). Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Repéré à <http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx> (Consulté le 2 septembre 2021).

Owens, D.C. & Fett, S.M. (2019) Black maternal health and infant health: Historical legacies of slavery. *American Journal of Public Health*, 109 (10), 1342-1345. DOI: 10.2105/AJPH.2019.305243

- Patychuk, D. (2011). *Health equity and racialized groups: A literature review*. Tiré de :  
[https://en.healthnexus.ca/sites/en.healthnexus.ca/files/resources/healthequityracializedgrps\\_literature\\_review.pdf](https://en.healthnexus.ca/sites/en.healthnexus.ca/files/resources/healthequityracializedgrps_literature_review.pdf)
- Phillips-Beck, W., Eni, R., Lavoie, J.G., Kinew, K.A., Achan, G.K. & Katz, A. (2020).  
Confronting racism within the Canadian healthcare system: systemic exclusion of  
First Nations from Quality and Consistent Care. *International Journal of  
Environmental Research and Public Health*, 17(1), 1-20. DOI:  
[10.3390/ijerph17228343](https://doi.org/10.3390/ijerph17228343)
- Pickles, C. & Herring, J. (2019). *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring issues of  
violence and control*. Londre, Angleterre: Routledge.
- Prather, C., Fuller, T. R., Jeffries, W. L., 4th, Marshall, K. J., Howell, A. V., Belyue-  
Umole, A., & King, W. (2018). Racism, African American Women, and Their  
Sexual and Reproductive Health: A Review of Historical and Contemporary  
Evidence and Implications for Health Equity. *Health equity*, 2(1), 249–259. DOI :  
<https://doi.org/10.1089/heq.2017.0045>
- Provincial Health Services Authority : Perinatal Services BC. (2021). *Honouring  
Indigenous women's and familie's pregnancy journeys*. Tiré de :  
[http://www.perinatalervicesbc.ca/Documents/Resources/Honouring\\_Indig  
enous\\_Womens\\_and\\_Families\\_Pregnancy\\_Journeys.pdf](http://www.perinatalervicesbc.ca/Documents/Resources/Honouring_Indigenous_Womens_and_Families_Pregnancy_Journeys.pdf) (Consulté le 7 août  
2021).

- Rasmussen, P. (2019). Colonizing racialized bodies: Examining the forced sterilization of Indigenous women and the shameful history of eugenics in Canada. *The University of Victoria Undergraduate Journal of Political Science*, 13(1), 18-29. Tiré de : <https://journals.uvic.ca/index.php/onpolitics/issue/view/1459>
- Refinery 29. (2020). <https://www.refinery29.com/en-ca> (Consulté le 6 juillet 2021).
- Regroupement Naissance-Renaissance (2015). Quand naissance rime avec violence. Repéré à <https://materniteetdignite.wordpress.com/quand-naissance-rime-avec-violence-lettreouverte-a-co-signer/>
- Roca i Escoda, M. & Chetcuti-Osorovitz, N. (2018). Quand la critique féministe renouvelle le droit. Présentation du dossier. *Droit et Société*, 99(1), 277-285. Tiré de : <https://www.cairn.info/revue-droit-et-societe-2018-2-page-277.htm>
- Ryan, C., Ali, A. & Shawana, C. (2021). Forced or coerced sterilization in Canada: An overview of recommendations for moving forward. *International Journal of Indigenous Health*, 16(1), 275-290. DOI: [10.32799/ijih.v16i1.33369](https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.33369)
- Sabzalian, L. (2018). Curricular standpoints and native feminist theories: Why native feminist theories should matter to curriculum studies. *Curriculum Inquiry*, 48(3), 359-382. DOI: [10.1080/03626784.2018.1474710](https://doi.org/10.1080/03626784.2018.1474710)
- Scott, N. (2018). Disparities in maternal and newborn health across populations in Canada. *Revue Canadienne de la recherche et de la pratique de sage-femme*, 17(2), 36-41. Tiré de : [https://www.cjmrp.com/files/v17n2\\_scott\\_healthdisparity.pdf](https://www.cjmrp.com/files/v17n2_scott_healthdisparity.pdf)

Shahram, S.Z. (2017). Indigenous pregnancy, birthing and mothering in colonial Canada.

In J. Cidro and H. Tait Neufeld (édit.) *Indigenous experiences of pregnancy and birth*. 13-29. Bradford, On. : Demeter Press.

Sheppard, A.J., Shapiro, G.D., Bushnik, T., Wilkins, R., Perry, .S., Kaufman, J.S., Kramer,

M.S. & Yang, S. (2017). *Birth outcomes among First Nations, Inuit and Métis*

*populations*. Tiré de : [https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/gravity\\_forms/6-](https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/gravity_forms/6-191a85f36ce9e20de2e2fa3869197735/2017/11/Birth-outcomes-among-First-Nations-Inuit-and-Metis-populations_oa.pdf)

[191a85f36ce9e20de2e2fa3869197735/2017/11/Birth-outcomes-among-First-Nations-Inuit-and-Metis-populations\\_oa.pdf](https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/gravity_forms/6-191a85f36ce9e20de2e2fa3869197735/2017/11/Birth-outcomes-among-First-Nations-Inuit-and-Metis-populations_oa.pdf) (Consulté le 7 août 2021).

Schuster, J. (2015). Why the personal remained political: comparing second and third wave

perspectives on everyday feminism. *Social Movement Studies*, 16(6), 647-659.

DOI: [10.1080/14742837.2017.1285223](https://doi.org/10.1080/14742837.2017.1285223)

Scott. K.A., Davis, D-A. (2021). Obsetric racism : naming and identifying a way out of

black women’s adverse medical experiences. *American Anthropologist*. DOI:

[10.1111/aman.13559](https://doi.org/10.1111/aman.13559)

Silver, H., Sarmiento, I., Pimentel, J-P., Budgell, R., Cockcroft, A., Vang, Z.M. &

Andersson, N. (2021). Childbirth evacuation among rural and remote Indigenous

communities in Canada: A scoping review. *Women and Birth*. DOI:

[10.1016/j.wombi.2021.03.003](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.003)

Simpson, Audra. 2003. “To the Reserve and Back Again: Kahnawake Mohawk Narratives

of Self, Home and Nation.” PhD diss. McGill University

Small, S. & Thornhill, E. (2008). Harambec!: Quebec black women pulling together. *Journal of Black Studies*, 38(3), 427-442. Tiré de :

<https://www.jstor.org/stable/40034390>

Smith, A. (2005). Native american feminism, sovereignty and social change. *Feminism Studies*, 31(1), n.a. Tiré de : [https://go-gale-](https://go-gale-com.proxy.bib.uottawa.ca/ps/i.do?p=GPS&u=otta77973&id=GALE%7CA132680262&v=2.1&it=r)

[com.proxy.bib.uottawa.ca/ps/i.do?p=GPS&u=otta77973&id=GALE%7CA132680262&v=2.1&it=r](https://go-gale-com.proxy.bib.uottawa.ca/ps/i.do?p=GPS&u=otta77973&id=GALE%7CA132680262&v=2.1&it=r).

St-Amant, S. (2013). Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale (thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada). Repéré à :

<https://archipel.uqam.ca/6134/>

Standing Senate Committee on Human Rights. (2021). *Forced and coerced sterilization of persons in Canada*. Tiré de :

[https://sencanada.ca/content/sen/committee/432/RIDR/reports/2021-06-](https://sencanada.ca/content/sen/committee/432/RIDR/reports/2021-06-03_ForcedSterilization_E.pdf)

[03\\_ForcedSterilization\\_E.pdf](https://sencanada.ca/content/sen/committee/432/RIDR/reports/2021-06-03_ForcedSterilization_E.pdf) (Consulté le 7 août 2021).

StopVOG. (2020). <http://stopvog.org/category/temoignages/> (Consulté le 6 juillet 2021).

Stote, K. (2012). The coercive sterilization of Aboriginal women in Canada. *American Indian Culture and Research Journal*, 36(3), 117-150. DOI:

[10.17953/aicr.36.3.7280728r6479j650](https://doi.org/10.17953/aicr.36.3.7280728r6479j650)

Stote, K. (2017). Decolonizing feminism : From reproductive abuse to reproductive justice.

*Atlantis*, 38(1), 110-124. Tiré de :

<https://journals.msvu.ca/index.php/atlantis/article/view/4767>

Sweet, P.L. (2019). The sociology of gaslighting. *American Sociological Review*, 84(5),

851-875. DOI: [10.1177/0003122419874843](https://doi.org/10.1177/0003122419874843).

The Guardian. (2020). <https://www.theguardian.com/international> (Consulté le 7 août 2021).

The Huffington post. (2020). <https://www.huffpost.com/> (Consulté le 7 août 2021).

The Kit. (2020). <https://thekit.ca/> (Consulté le 7 août 2021).

The Obstetric Justice Project (2017-2021). The Obstetric Justice Project. Tiré de :

<https://obstetricjustice.org/> (Consulté le 7 août 2021).

Thompson, B. (2002). Multiracial feminism: recasting the chronology of second wave

feminism. *Feminist Studies*, 28(2). N.a. Tiré de : [https://go-gale-](https://go-gale-com.proxy.bib.uottawa.ca/ps/i.do?p=AONE&u=otta77973&id=GALE%7CA9308)

[com.proxy.bib.uottawa.ca/ps/i.do?p=AONE&u=otta77973&id=GALE%7CA9308](https://go-gale-com.proxy.bib.uottawa.ca/ps/i.do?p=AONE&u=otta77973&id=GALE%7CA9308)

[1753&v=2.1&it=r](https://go-gale-com.proxy.bib.uottawa.ca/ps/i.do?p=AONE&u=otta77973&id=GALE%7CA9308)

Today's parent. (2020). <https://www.todaysparent.com/> (Consulté le 7 août 2021).

Torpy, S.J. (2000). Native American women and coerced sterilization: On the trail of tears

in the 1970. *American Indian Culture and Research Journal*, 24(2), 1-22. Tiré de :

<https://meridian.allenpress.com/aicrj/article->

[abstract/24/2/1/211138/Native-American-Women-and-Coerced-Sterilization-On?redirectedFrom=PDF](https://doi.org/10.1177/1049732318792500)

Vang, Z.M., Gagnon, Lee, T., Jimenez, V., Navickas, A., Pelletier, J. & Shenker, H. (2018). Interactions between indigenous women awaiting childbirth away from home and their southern, non-indigenous health care providers. *Qualitative Health Research*, 28(12), 1858-1870. DOI: [10.1177/1049732318792500](https://doi.org/10.1177/1049732318792500)

Wilson-Mitchell, K. & Herbert, V. (2014). Black motherhood and the power of the intersectionality framework. Dans P. Hill Collins (Édit)., *Reconceiving Motherhood* (n.a.). Bradford, On : Demeter Press.

Zitkala-Sa. 1901. *American Indian Stories, Legends, and Other Writings*. New York: Penguin Books.