

**Androcentrisme et médecines :
L'autonomisation des femmes dans un contexte de soins féministes
en santé sexuelle et reproductive au Québec**

Laurence Granger

Thèse présentée à l'Université d'Ottawa
dans le cadre des exigences du programme de
maîtrise ès arts en anthropologie

École d'études sociologiques et anthropologiques
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

© Laurence Granger, Ottawa, Canada, 2022

SOMMAIRE

En 2022, la santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes ainsi que leur autonomie corporelle sont remises en question aux États-Unis par l'annulation de l'arrêt *Roe v. Wade*. Au Canada et au Québec, l'accès à des soins en SSR n'est pas garanti pour toutes les femmes, pas plus qu'ils ne sont nécessairement adaptés à leurs besoins. Dans cette thèse, j'examine donc l'approche féministe en santé sexuelle et reproductive (SSR) telle que comprise et appliquée par le Centre de santé des femmes de Montréal (CSFM) et par une herboriste-thérapeute accréditée au Québec. Plus particulièrement, je m'intéresse aux approches et pratiques mises en œuvre par ces deux entités afin d'encourager l'agentivité et de favoriser l'autonomisation des femmes dans leur cheminement thérapeutique, et ce selon une perspective féministe et intersectionnelle. Je m'interroge également sur la manière dont leurs actions contribuent ou non à la démedicalisation et à la réappropriation du corps des femmes dans un contexte de soins féministes en SSR. L'enquête ethnographique sur laquelle cette recherche s'appuie rassemble des entretiens semi-dirigés et un terrain d'observation participante. La recherche permet de révéler que l'agentivité de toutes les femmes au sein de leur cheminement thérapeutique pourrait être encouragée par une approche féministe de la SSR contribuant à la démedicalisation du corps féminin et de ses phénomènes biologiques et favorisant leur agentivité.

Mots clés : Santé sexuelle et reproductive, démedicalisation, autonomisation, agentivité, féminisme, intersectionnalité.

REMERCIEMENTS

Merci à ma directrice de thèse Karine Vanthuyne pour sa patience, ses mots justes, ses encouragements et sa présence rassurante. Merci d'avoir apaisé mes insécurités et mes doutes et de m'avoir permis de croire en mes capacités. Merci également à Phyllis Rippey et à Meg Stalcup d'avoir accepté de participer à ce projet, ainsi que pour leurs conseils judicieux et leur expertise.

Merci à ma sœur Catherine pour ses encouragements, sa patience et son support, mais surtout pour m'avoir permis d'emprunter son balcon ensoleillé et pour m'avoir accompagnée dans les cafés de Montréal durant ma rédaction. Sa présence à mes côtés tout au long de ce projet a permis d'ensoleiller les journées grises et de croire au retour du beau temps.

Merci à mes parents de m'avoir inculqué de si belles valeurs de persévérance et de résilience, d'avoir toujours encouragé mes qualités et mes ambitions académiques malgré tous les obstacles s'étant présentés sur mon chemin, ainsi que pour leur soutien et leur amour indéfectibles. Sans vous, je n'écrirais pas ces lignes.

Merci à mon partenaire David d'avoir été mon support émotionnel, mon confident et mon ami le plus précieux durant ces longs mois de travail acharné. Merci d'avoir essuyé mes larmes, de m'avoir supporté durant mes moments difficiles où la procrastination et l'anxiété étaient mes pires ennemis, et d'avoir cru en moi et en mon projet lorsque moi-même je n'y croyais plus.

Merci finalement aux femmes qui ont accepté de participer à ce projet. Vous m'avez été d'une aide plus que précieuse, et votre investissement et votre implication m'ont permis

de produire un travail dont je suis fière. Je suis convaincue qu'ensemble, nous parviendrons à faire une différence pour toutes les femmes, à qui cette thèse est dédiée.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ACRONYMES	viii

INTRODUCTION

LES FEMMES ET LEUR SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : UN ENJEU CONTEMPORAIN AU QUÉBEC	1
1. Approches théoriques mobilisées dans le cadre de la thèse.....	6
1.1. Médicalisation et démedicalisation.....	6
1.2. Agentivité et autonomisation	9
1.3. Féminismes et intersectionnalité.....	16
2. Méthodologie	21
2.1. Contexte pandémique de la recherche de terrain	21
2.2. Limites et enjeux de la méthodologie	22
2.3. Recrutement	24
2.3.1. Le Centre de santé des femmes de Montréal	26
2.3.2. Les médecines alternatives et complémentaires	28
2.4. Analyse	28
3. Présentation de la structure de la thèse	30

CHAPITRE I

LA BIOMÉDECINE ET LES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES : L'ARTICULATION DE L'APPROCHE FÉMINISTE EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	32
1. Les médecines et leurs approches	42
1.1. La biomédecine occidentale.....	42
1.1.1. L'androcentrisme de la biomédecine	43
1.2. Les médecines complémentaires.....	49
2. L'approche féministe en SSR	53

CHAPITRE II

(DÉ)MÉDICALISATION, AUTONOMISATION ET AGENTIVITÉ : LA PRISE DE POUVOIR DES FEMMES SUR LEUR SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ..	57
1. L'autonomisation et l'agentivité des femmes en SSR	63

1.1.	La relation entre patient·e·s et soignant·e·s : la validation de l'expérience et de l'agentivité des femmes en SSRF	63
1.2.	L'éducation comme outil d'agentivité et d'autonomisation	68
1.2.1.	Les lacunes des connaissances des soignant·e·s en SSR	73
1.2.2.	Les initiatives populaires en éducation sexuelle	76
2.	Le consentement en SSR	80
3.	Médicalisation et démedicalisation dans un contexte de SSRF	85

CHAPITRE III

	L'INTERSECTIONNALITÉ EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.....	96
1.	L'expérience des femmes immigrantes et/ou racisées en SSRF.....	99
2.	Les personnes LGBTQ2+ et la santé SSRF	104
3.	L'expérience des femmes âgées en SSR.....	111
3.1.	L'essentialisation des femmes et de leurs fonctions reproductives	111
3.2.	L'invisibilisation de l'expérience de la ménopause.....	114
3.3.	L'invisibilisation des femmes âgées en SSR	118

	CONCLUSION	121
--	-------------------------	-----

	BIBLIOGRAPHIE	125
	Littérature scientifique	125
	Littérature grise.....	134

	ANNEXE I	136
	Typologie de Halfmann sur les niveaux et dimensions de la (dé)medicalisation.....	136

	ANNEXE II	141
	Formulaire de consentement à la recherche	141

	ANNEXE III	148
	Guide d'entretien pour les soignant·e·s	148
	Guide d'entretien pour les patient·e·s.....	150

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Plan du rez-de-chaussée du CSFM.....	34
Figure 2 : Plan du sous-sol du CSFM.....	37
Tableau 1 : Niveaux et dimensions de la médicalisation et de la démedicalisation	136
Tableau 2 : Niveaux et dimensions de la médicalisation de la santé sexuelle et reproductive des femmes au Centre de santé des femmes de Montréal.....	137
Tableau 3 : Niveaux et dimensions de la démédicalisation de la santé sexuelle et reproductive des femmes au Centre de santé des femmes de Montréal	138
Tableau 4 : Niveaux et dimensions de la médicalisation de la santé sexuelle et reproductive des femmes en herboristerie thérapeutique féministe	139
Tableau 5 : Niveaux et dimensions de la démédicalisation de la santé sexuelle et reproductive des femmes en herboristerie thérapeutique féministe.....	140

LISTE DES ACRONYMES

CHU	Centre hospitalier universitaire
CLSC	Centre local de services communautaires
CSFM	Centre de santé des femmes de Montréal
HTA	Herboriste-thérapeute accrédité·e
IMC	Indice de masse corporelle
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IVG	Interruption volontaire de grossesse
IVGI	Interruption volontaire de grossesse par intervention
IVGM	Interruption volontaire de grossesse médicamenteuse
LGBTQ2+	Lesbiennes, gais, bisexuel·elle·s, transgenres, queers, bispirituel·elle·s et toutes autres orientations sexuelles ou identité de genre
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SSR	Santé sexuelle et reproductive
SSRF	Santé sexuelle et reproductive féministe
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain
WHM	Women's Health Movement

INTRODUCTION

LES FEMMES ET LEUR SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : UN ENJEU CONTEMPORAIN AU QUÉBEC

Montréal, novembre 2021. Le vent froid qui fouette mes joues annonce l'arrivée imminente de l'hiver. Au coin de la rue Sherbrooke et de l'avenue De Lorimier, le Centre de santé des femmes de Montréal (CSFM) ressemble à n'importe quel bâtiment du Plateau Mont-Royal : briques rouges, fenêtres et volets de bois peints en bleu ciel et tourelle typique du quartier. Seule une plaque de laiton terni permet d'identifier les lieux comme une clinique médicale, et pour n'importe quels passants hâtifs, il semble être un immeuble comme les autres. Pourtant, il s'agit de la seule clinique médicale spécialisée en santé sexuelle et reproductive féministe (SSRF) sur l'Île de Montréal.

Dès que je pousse la porte de la clinique, la chaleur et le silence sont un choc agréable après le froid mordant de cette fin d'automne et les sons étourdissants de la ville en pleine heure de pointe. Les murs de brique rouge et le vieux plancher de bois grinçant, typiques des appartements montréalais, ainsi que les œuvres d'art qui couvrent les murs ne donnent pas du tout l'impression que je viens de franchir la porte d'une clinique. Pas de murs blancs, d'éclairage vif, d'infirmières pressées ou de médecins surmené·e·s, sarrau blanc sur les épaules et tête baissée sur un dossier. Le centre est calme et silencieux, peut-être en raison de sa fermeture imminente. Le plancher grince sous mes pas alors que j'observe les moulages de seins et de vulves en plâtre qui couvrent les murs de la salle d'attente, vide à cette heure-ci, et les documents et brochures à messages féministes placardés sur un panneau de liège, contigüe au comptoir de l'accueil. À mon arrivée, celui-ci est vacant. Je vais donc m'asseoir dans la salle d'attente.

Celle-ci se situe directement sur la droite après avoir franchi le seuil du vestibule. La pièce est lumineuse, les murs étant coupés par deux fenêtres aux cadres de bois et bordé de stores en latte offrant un minimum d'intimité autant aux travailleuses qu'aux femmes en visite au centre. Quelques chaises, disposées à deux mètres de distance et séparées par des panneaux de plexiglas, sont disposées au milieu de la pièce afin de respecter les réglementations sanitaires gouvernementales mises en place contre la pandémie de COVID-19. C'est là qu'à leur arrivée, les femmes pourront s'installer afin de remplir le formulaire, obligatoire lors de l'ouverture d'un dossier, et les questionnant au sujet de leur état de santé et de leurs expériences sexuelles et reproductives. On m'expliquera qu'habituellement, l'espace est occupé par un immense fauteuil où les femmes peuvent s'asseoir confortablement, retirer leurs chaussures et discuter entre elles ou bien feuilleter la documentation éducative mise à leur disposition. Au CSFM, pas de salle d'attente froide où les patientes sont assises bien droites sur des chaises de plastique, à suivre les allées et venues du personnel soignant et à tendre l'oreille afin d'écouter les discussions entre les infirmières et les médecins¹ dans leur jargon médical incompréhensible.

C'est pourtant à cela que l'expérience des femmes visitant le CSFM en pleine pandémie de COVID-19 ressemble. Le fauteuil a été remplacé par les quelques chaises de plastique colorées, dont celle sur laquelle je suis assise, séparées par des panneaux transparents, et aucune documentation ne permet de me distraire en attendant l'arrivée de Marianne, ma principale interlocutrice à la clinique...

¹ L'utilisation du masculin se veut ici neutre afin d'inclure autant les femmes que les hommes pratiquant la médecine au sein du système de santé biomédical conventionnel. Le terme « médecins » au masculin et au pluriel est parfois utilisé dans la thèse dans le but d'alléger le texte et de représenter toutes les personnes pratiquant la médecine.



La santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes est de nouveau sujette à débat en 2022, alors que l'arrêt *Roe v. Wade* vient d'être renversé par la Cour suprême des États-Unis, à majorité conservatrice, à partir de l'argument que celui-ci serait anticonstitutionnel. Ratifié en 1973, l'arrêt validait le droit constitutionnel des femmes américaines à l'avortement et invalidait du même coup les législations anti-choix de plusieurs états, dont le Texas. De 1976 à 1980, le président Ronald Reagan a soutenu l'institutionnalisation du mouvement anti-choix au sein du Parti républicain, contribuant au schisme idéologique profond entre son parti et le Parti démocrate, et polarisant le débat sur le droit et l'accès à l'avortement à travers le pays (Ziegler 2022, 2). En 2018, le président Donald J. Trump sélectionne le controversé juge Brett Kavanaugh, et en 2021, à la suite du décès de la juge Ruth Bader Ginsburg, la juge anti-choix Amy Coney Barrett (Ziegler 2022, 4, 5). Forte d'une majorité conservatrice, la Cour suprême des États-Unis a donc pour la première fois depuis cinquante ans la possibilité de contester l'arrêt *Roe v. Wade*. Son renversement pourra potentiellement permettre aux différents états de restreindre le droit des femmes à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) à travers l'adoption de législations telle que la loi SB8, ratifiée en septembre 2021 au Texas (Ziegler 2022, 4). Cette mesure restreint l'avortement après plus de six semaines de gestation, et ce même en cas de viol ou d'inceste, et permet aux individus de poursuivre pour un montant allant jusqu'à 10 000 dollars américains toute personne ayant « aidé ou encouragé » un avortement (Ziegler 2022, 4). L'adoption multiple de lois restreignant l'accès à l'avortement libre et sécuritaire aura un impact direct sur les femmes noires, dont le taux de mortalité maternelle est plus élevé que celui des femmes blanches (McGovern et al. 2022). Par ailleurs, les femmes

pauvres seront également plus touchées, le taux de grossesses non-désirées étant plus élevé parmi celles-ci (McGovern et al. 2022). Les femmes immigrantes, dont l'éducation sexuelle et les droits reproductifs sont déjà restreints en raison de facteurs intersectionnels multiples, seront également plus à risque (McGovern et al. 2022) (Gonin 2022). Vingt états américains républicains ont déjà adopté des lois restreignant ou interdisant complètement l'IVG pour plus de 25 millions de femmes en âge de se reproduire, alors que celle-ci restera légale et accessible dans vingt autres états démocrates, soit pour plus de 26 millions de femmes (The New York Times 2022). L'impact du renversement de Roe v. Wade est cependant toujours incertain dans dix autres états rassemblant plus de 12 millions de personnes.

Au Canada, le droit constitutionnel à l'avortement est établi depuis 1988, à la suite du jugement de la Cour suprême établissant l'inconstitutionnalité de l'emprisonnement du docteur Henry Morgentaler, incarcéré à plusieurs reprises pour avoir ouvertement pratiqué des avortements sécuritaires illégaux au Québec et en Ontario (Macfarlane 2022, 1). En 1993, la Cour suprême se positionne également contre les réglementations provinciales interdisant l'accès à l'avortement, après que la Nouvelle-Écosse se soit opposée à l'ouverture d'une clinique d'avortement par le docteur Morgentaler sur son territoire, restreignant ainsi l'accès à la pratique pour les femmes néo-écossaises (Macfarlane 2022, 1). En 2019, 84 000 interruptions volontaires de grossesse par médicament (IVGM) et par instrument (IVGI) ont été pratiquées au Canada, et une femme canadienne sur trois avortera durant sa vie (Renner et al. 2022, 2). Or la pandémie de COVID-19 aurait contribué à exacerber les inégalités d'accès à l'avortement au Québec, et ce malgré le taux élevé de

prescription de mifépristone² et la prévalence de la télémédecine³ ailleurs au Canada (Vogel 2022). La télémédecine pourrait pourtant contribuer à diminuer les disparités quant à l'accessibilité de l'IVG entre les régions rurales et urbaines, également exacerbées par la pandémie (Renner et al. 2022, 7).

En 2022, les soins en SSR sont ainsi moins accessibles au Québec, mais sont également menacés par la proximité et l'influence de l'actualité politique américaine sur le Canada. Dans les médias québécois, de nombreux articles de littérature grise récemment publiés critiquent également les inégalités en SSR, dont le manque d'accès à des soins de rééducation périnéale et le coût associé aux consultations privées contribuant à leur inaccessibilité (Cucchi 2022). Un autre article rapporte également la prévalence du retrait de stérilet par des femmes à qui la procédure aurait été refusée par leur médecin de famille, sous prétexte qu'une autre méthode de contraception ne serait pas adaptée pour leur patiente, ou simplement par manque de connaissance sur la procédure (Leduc 2022). Un autre se penche quant à lui sur les violences gynécologiques au Québec, où des femmes rapportent avoir vécu des expériences traumatisantes lors d'exams gynécologiques durant lesquels leur douleur a été minimisée, voire ignorée, ou leur expérience sexuelle a été jugée (Vermette 2002). Un autre article examine l'invisibilisation des traitements contre le fibrome utérin menant inutilement à l'hystérectomie (Dussault 2022). Des influenceuses, telles que Julie Artacho et Gabrielle Lisa Collard, utilisent pour leur part leur plateforme sur les réseaux sociaux afin de dénoncer la grossophobie médicale et de recueillir les

² Aussi appelée « pilule abortive », il s'agit d'un médicament abortif approuvé au Canada depuis 2017 et disponible pour les femmes enceintes de moins de 9 semaines souhaitant mettre fin à leur grossesse (Dunn et Brooks 2018, 688). La mifépristone est prescrite lors des interruptions volontaires de grossesse par médicament (IVGM).

³ Consultation médicale à distance via téléphone ou par téléconférence.

témoignages de femmes partageant leur expérience de ce phénomène au sein du système de santé québécois, notamment au sujet de leur SSR.

Les soins en SSR pour les femmes représentent donc un enjeu contemporain pertinent à étudier. L'approche féministe en SSR sera plus spécifiquement étudiée, et ce à travers un cadre théorique regroupant les notions de (dé)médicalisation, d'autonomisation et d'agentivité, et d'intersectionnalité. Est-il donc possible de démedicaliser l'expérience des femmes en SSR tout favorisant leur autonomie corporelle, et ce au sein d'un paradigme biomédical généralement androcentré? Dans cette thèse, je chercherai à répondre à cette question en examinant l'approche féministe en SSR telle que mise en œuvre par le CSFM et une herboriste-thérapeute accréditée, et ce par le biais d'un cadre théorique mobilisant les concepts de la démedicalisation, de l'agentivité, de l'autonomisation et de l'intersectionnalité. Pour ce faire, l'approche féministe en SSR du CSFM et de Sarah-Maria sera évaluée afin de déterminer si elle contribue ou non à :

1. L'autonomisation de leur clientèle à travers le renforcement de leur agentivité;
2. La démedicalisation de l'expérience et du corps de ces femmes;
3. Adresser les enjeux et les obstacles intersectionnels expérimentés par celles-ci dans leur cheminement thérapeutique.

1. Approches théoriques mobilisées dans le cadre de la thèse

1.1. Médicalisation et démedicalisation

La médicalisation est un concept étudié par les sciences sociales depuis la seconde moitié du XX^e siècle, et ce autant en anthropologie qu'en sociologie, en histoire, en bioéthique, en économie et en santé publique (Conrad 2013, 195). En anthropologie, Nancy Sheper-Hugues et Margaret Lock (1987) la définissent comme une « réduction des corps

sociaux à des corps biologiques » s'exprimant par une intervention médicale exacerbée dans le contexte de phénomènes auparavant non-médicalisés. La médicalisation soulève donc plusieurs enjeux, notamment la pathologisation de l'existence humaine et de ses variations biologiques, psychologiques et comportementales, redéfinissant ainsi la normalité du corps et de son fonctionnement (Conrad 2013, 207; Purdy 2001, 251). Ainsi, la médecine et sa catégorisation de la normalité auraient une influence sur les normes sociales, en définissant par exemple le poids « normal » d'un individu pour sa taille et son âge, contribuant ainsi à pathologiser les phénomènes se situant à l'extérieur de cette norme en construisant des catégories médicales telle que l'obésité (Conrad 2013, 207). La médicalisation contribuerait également à l'expansion du contrôle social médical, soit la surveillance de certains comportements ou conditions de santé par l'autorité médicale, par exemple la consommation d'alcool durant la grossesse ou l'alimentation durant l'allaitement (Conrad 2013, 208). La médicalisation entraînerait également l'individualisation de certains enjeux sociaux et leur transformation subséquente en phénomènes cliniques, ignorant ainsi les dimensions sociale, économique et de genre de troubles tels que l'obésité, l'alcoolisme ou le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (Conrad 2013, 208). La médicalisation implique donc la construction d'une pathologie, de même que l'émergence, la promotion et l'adoption d'une « catégorisation médicale », c'est-à-dire d'un diagnostic (Conrad 2013, 200; Halfmann 2001, 188).

En études féministes et du genre, la médicalisation est utilisée comme cadre d'analyse afin de comprendre la façon dont la médecine contemporaine et la société occidentale conceptualisent le corps féminin et ses phénomènes naturels (Conrad 2013,

203; Purdy 2001, 249). La médicalisation du corps féminin s'exprime notamment par la pathologisation d'évènements biologiques naturels tels que la puberté, les menstruations ou la ménopause, et la surveillance médicale du corps féminin, notamment à travers les suivis prénataux, les mammographies ou les tests Pap de routine (Gaucher et al. 2002, 145; Purdy 2001, 249). La critique féministe de la médicalisation avance que la pathologisation de la reproduction et des phénomènes biologiques du corps féminin contribue à l'appropriation et au contrôle du corps et de la santé des femmes par un système généralement androcentré et patriarcal (Grigg et Kirkland 2016, 330; Saillant 1991, 11; Purdy 2001, 251). Selon la théorie du biopouvoir de Michel Foucault, la médicalisation et la pathologisation du corps féminin entraînent également une conception sociale et médicale péjorative de celui-ci, qui est alors considéré comme fragile et malade (Mavrikakis 2009, 22). La pilule contraceptive, les antidépresseurs, les suppléments nutritifs ou les chirurgies esthétiques seraient ainsi des actions curatives permettant d'outrepasser cette « condition imaginaire et sociale de malade chronique », expliquant la (sur)médicalisation du corps des femmes (Gaucher et al. 2002, 146; Mavrikakis 2009, 22). Les mouvements féministes s'appuient ainsi sur ces critiques afin de militer pour la démedicalisation du corps féminin et la prise de pouvoir des femmes sur leur santé.

La démedicalisation, généralement moins étudiée que la médicalisation, permet quant à elle « la modification de l'appropriation, de la production et de l'utilisation des connaissances scientifiques » par l'autorité biomédicale androcentrée (Purdy 2001, 257). Les mouvements sociaux portés par les femmes, les membres de la communauté LGBTQ2+, les personnes en situation de handicap et les personnes adhérentes aux médecines complémentaires en sont habituellement, sans s'y limiter, les activistes

(Halfmann 2011, 201). Elle peut notamment s'exprimer par une approche féministe, holistique et relationnelle de la biomédecine qui « valorise une relation thérapeutique centrée sur les besoins de la personne [...] tout en [considérant] la dimension intersectionnelle des problèmes de santé dont les déterminants sont liés aux enjeux de classe sociale, de sexe et de genre, de racisme, de capacités, etc. » (Mimeault 2020, 26). Une approche démedicalisante de la santé « reconnaît également à la personne soignée une expertise sur son [corps] et favorise l'autoguérison », encourageant ainsi son agentivité et favorisant son autonomisation (Mimeault 2020, 26).

Dans les lignes qui suivent, je mobiliserai donc les concepts de la médicalisation et de la démedicalisation lorsque j'examinerai la façon dont une approche féministe et démedicalisante de la SSR est construite et pensée, et si elle permet ou non le renforcement de l'agentivité des femmes et ultimement leur autonomisation. Pour opérationnaliser ce cadre d'analyse, je me suis approprié la typologie élaborée par Halfmann (2011, 190)⁴. Celle-ci m'a permis, durant l'analyse des données, de catégoriser les mesures et les actions mises en œuvre par le CSFM et l'herboriste-thérapeute dans le cadre des approches féministes des soins en SSR selon leur degré de médicalisation et de démedicalisation.

1.2. Agentivité et autonomisation

Introduit en étude du genre au cours des années 1990, le concept de l'agentivité est généralement défini comme la « capacité d'un [individu] à s'autodéterminer et à s'extirper des réseaux du pouvoir », et s'associe à d'autres phénomènes tels que le libre-arbitre, l'autonomie, l'intentionnalité ou l'autonomisation (Baril 2007, 83; Davies 1991, 44; Haicault 2012, 14; Lang 2012, 3; McNay 2016, 40). L'agentivité, étudiée par plusieurs

⁴ Voir l'annexe I pour la typologie complète telle qu'adaptée et appliquée aux approches du CSFM et de l'herboriste à partir de celle élaborée par Halfmann.

féministes telles que Judith Butler et Françoise Héritier, représente donc la capacité d'un individu à agir « par-delà les déterminismes » et est notamment utilisée comme cadre théorique en étude de genre et des sexualités (*gender and queer studies*), en philosophie, en santé publique, en anthropologie et en sociologie (Haicault 2012, 13). Puisque certains groupes ou individus ont une plus grande capacité d'agir que d'autres, il est important de souligner la variabilité de l'agentivité et de sa quantification, de même que sa subjectivité (McNay 2016, 40). La subjectivité de l'agentivité, selon une perspective féministe, permet donc de comprendre la façon dont les dynamiques sociales de contrôle sont internalisées en tant que normes corporelles, exerçant ainsi une influence sur la capacité d'agir et la prise de décisions par les femmes selon un contexte donné (McNay 2016, 42).

Selon plusieurs chercheur·e·s, l'agentivité et la prise de contrôle consécutive d'un individu sur son corps et ses actions permettrait l'émergence d'un état d'autonomisation. Dans un contexte de soins de santé, celui-ci s'exprime par la prise de pouvoir d'un individu sur son corps, sa maladie et son parcours thérapeutique, et ce en faisant notamment la promotion de l'auto-santé (Gaucher et al. 2002, 147; Lang 2012, 9, 11). L'auto-santé est un concept ayant pour argument principal que

the health of individuals is being improved by the growth of the wellness movement, consumer empowerment and the focus on personal responsibility. The trend towards the prevention of illness through fitness, healthy eating, smoking cessation, moderate alcohol consumption and stress reduction is a constructive influence (Anderson 1996, 698).

Ainsi, l'agentivité par l'auto-santé pourrait permettre aux femmes d'échapper au contrôle médical et à la (sur)médicalisation de leurs corps et de ses phénomènes biologiques naturels par le paradigme biomédical (Gaucher et al. 2002, 147). Or, il est important de nuancer ce concept, puisque l'auto-santé permet d'ignorer les obstacles

institutionnels et intersectionnels qui, au départ, créent des disparités dans la santé de certaines femmes, tout en en avantageant d'autres.

En effet, si pour certain·e·s chercheur·e·s, professionnel·elle·s de la santé et activistes, l'auto-santé est un concept permettant l'agentivité, pour d'autres il s'agit plutôt du reflet d'une structure politique néolibérale dans laquelle le soin des corps est individualisé, et non considéré comme une responsabilité sociale et collective (Anderson 1996, 698). En effet, le mouvement du « *self-care* » encourage les individus à assumer la responsabilité de leur propre santé alors que plusieurs facteurs influencent la façon dont les femmes en particulier peuvent ou non gérer leur santé par elles-mêmes, et ce dans un objectif d'indépendance et d'autonomisation (Anderson 1996, 698; Syed 2021, 2). Les déterminants sociaux affectant la santé des femmes sont pluriels et incluent la double charge du travail invisible à domicile et du travail rémunéré au sein de la force de travail, ou encore les disparités économiques affectant l'accès des femmes à des aliments de qualité ou à des soins dentaires, par exemple (Syed 2021, 2). La force de travail a donc tendance à créer des femmes malades, les emplois occupés par les femmes étant souvent non- ou sous-payés, non-régularisés, non-supervisés et sous-valorisés, en plus d'être caractérisés par de longues heures de travail ainsi que par des tâches répétitives et aliénantes pouvant éventuellement causer des troubles de santé (Syed 2021, 3). L'autonomie nécessaire au processus d'auto-santé tend donc à minimiser les enjeux de santé qui pourraient justement nuire aux capacités d'un individu à s'auto-soigner, de même que les inégalités structurelles intersectionnelles expérimentées par certaines femmes, notamment pauvres et racisées, qui nuisent à leur santé (Anderson 1996, 699). Ainsi, la promotion de l'auto-santé comme outil d'agentivité ne tient pas compte de la façon dont les personnes marginalisées pourraient ne

pas acquérir les ressources nécessaires afin d'être responsables de leur santé, en plus d'avoir tendance à ignorer les pratiques institutionnelles néolibérales perpétuant les inégalités qui nuisent à la santé et à l'autonomie au sein du cheminement thérapeutique (Anderson 1996, 699). Les femmes immigrantes ont par exemple tendance à trouver du travail dans les secteurs les moins rémunérés et comportant le moins d'avantages sociaux tels que des assurances ou des congés de maladie, ainsi que des emplois plus demandant physiquement dans des secteurs spécifiques et genrés tels que l'éducation, les services sociaux, la culture et les soins de santé (Anderson 1996, 700; Syed 2021, 2). Les inégalités intersectionnelles auxquelles les femmes immigrantes sont sujettes font donc d'elles des femmes plus à risques d'être malades et ne pouvant pas nécessairement rassembler les ressources nécessaires à l'auto-soin. Il est donc important de souligner les nuances intersectionnelles dans l'accessibilité de l'auto-santé, dont l'approche féministe en SSR fait notamment la promotion, puisque l'auto-soin n'est pas accessible de la même façon entre femmes blanches et femmes racisées et/ou immigrantes, et entre femmes de classe moyenne à riche et femmes en situation de précarité financière.

Afin de mieux comprendre les concepts de l'agentivité et de l'autonomisation, il importe également de théoriser le pouvoir et ses diverses manifestations intersectionnelles. Si plusieurs penseurs, tels que Thomas Hobbes, Max Weber, Hannah Arendt ou Michel Foucault ont pensé le concept de pouvoir au cours des derniers siècles, sa définition épistémologique est plurielle. En effet, certains conceptualisent le pouvoir comme *power-over*, soit la capacité d'imposer une contrainte à un individu, alors que d'autres le conceptualise plutôt comme *power-to*, soit la capacité ou l'habileté d'agir d'un individu (Allen 2021). Le pouvoir est donc théorisé en termes de relation de pouvoir — *power-over*

— et de son exercice. Pour les féministes libérales, le pouvoir est considéré comme une ressource quantifiable et généralement distribuée de façon inégale entre les femmes et les hommes, et ce sans nécessairement considérer les intersections du pouvoir qui désavantagent certaines femmes et pas d'autres (Allen 2021). Or, cette notion du pouvoir comme quelque chose qui pourrait être possédé est critiquée, le pouvoir étant plutôt le résultat de relations et de dominations multiples, et non quelque chose pouvant être distribué (Allen 2021). Les féministes radicales, décoloniales, socialistes et intersectionnelles considèrent donc plutôt le pouvoir comme un amalgame de dominations. Plus spécifiquement, le féminisme radical théorise par exemple le pouvoir comme une relation dichotomique de domination et de subordination entre les genres, l'homme étant considéré *powerful* et la femme *powerless* (Deveaux 1994, 224; MacKinnon 1987, 219). Pour les féministes décoloniales, le pouvoir est plutôt pensé en fonction des relations impérialistes et coloniales entre le Nord et le Sud, et se penche sur la relation entre le capitalisme, le colonialisme et les hiérarchies raciales (Allen 2021). L'intersectionnalité, concept introduit par les féministes noires de troisième vague et théorisé par la juriste Kimberlé Crenshaw en 1989, souligne quant à elle la pluralité des oppressions vécues par les femmes en reconnaissant l'enchevêtrement du sexisme, du racisme, du classisme, du capacitisme et de l'hétéronormativité, entre autres (Allen 2021). Le féminisme intersectionnel tente ainsi de repenser les catégories de *powerful* et de *powerless* en reconnaissant que certains groupes, par exemple les femmes noires, ont plus ou moins de pouvoir dépendamment de la perspective selon laquelle leur oppression est étudiée, notamment si leur expérience est comparée à celle des femmes blanches.

Pour Michel Foucault, le pouvoir se manifeste surtout à travers le corps et la corporalité, et il introduit ainsi le terme de « biopouvoir » en 1976 dans son ouvrage *La volonté de savoir* (Keck 2008, 296). En effet, si le pouvoir était initialement direct et monarchique, Foucault en souligne la transition vers une forme plus indirecte et étatique à partir du XVII^e siècle (Deveaux 1994, 224). Le pouvoir s'exerce ainsi par le contrôle étatique et institutionnel de la reproduction, de la santé, de l'accouchement et de la mort, le sujet du pouvoir étant conséquemment qualifié de « corps docile » (*docile bodies*) (Deveaux 1994, 224). Les féministes de seconde vague s'approprièrent ce concept de « corps docile » afin de théoriser les pratiques contemporaines et performatives de féminité agissant en tant que « système de surveillance » des femmes, rappelant le panopticonisme (*panopticonism*) de Foucault:

There is no need for arms, physical violence, material constraints. Just a gaze. An inspecting gaze, a gaze which each individual under its weight will end by interiorizing to the point that he is his own overseer, each individual thus exercising this surveillance over, and against, himself. A superb formula: power exercised continuously and for what turns out to be at minimal cost (Deveaux 1994, 225; Foucault 1980, 155).

Dans un contexte de santé, le biopouvoir s'exprime surtout par le contrôle institutionnalisé de la reproduction féminine, notamment à travers la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, les examens gynécologiques de routine, les législations politiques concernant l'accès à l'avortement et à la contraception, ou par la pathologisation des menstruations et de la ménopause (Fassin 2000, 110).

Le concept d'autonomisation est ainsi antinomique à celui de *powerlessness* et se rapproche de la conceptualisation du pouvoir comme *power-to*, de capacité d'agir et d'agentivité. L'autonomisation s'enchevêtre également avec ce dernier concept, les termes *empowerment* et *agency* étant souvent traduits en « capacité d'agir » dans la littérature

francophone. L'autonomisation est définie comme un processus — et non comme un aboutissement ou une finalité — permettant à un individu ou à une communauté d'acquérir du pouvoir personnel, interpersonnel et politique afin d'améliorer ses circonstances sociales, économiques, politiques, etc. (Carr 2003, 11). En études féministes et du genre, le concept d'autonomisation a d'abord été introduit par les féministes noires, notamment Patricia Hill Collins, bell hooks et Audre Lorde, afin de rejeter les théories dominantes du pouvoir et d'en proposer une conception alternative basée sur l'autodétermination (*auto-determination* et *auto-definition*) (Deveaux 1994, 243). L'autonomisation est également définie comme un processus social de reconnaissance, de promotion et d'amélioration des habilités d'une personne à combler elle-même ses besoins, à résoudre ses problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires afin de (re)prendre le contrôle de sa vie (Anderson 1996, 698). L'autonomisation n'est donc pas une finalité en elle-même, pas plus qu'elle n'est quantifiable, mais constitue plutôt le « résultat de changements dans les structures fondamentales et dans les relations de pouvoir, plutôt que par les seules actions individuelles⁵ », et représente donc un concept central de l'approche féministe en SSR biomédicale et en médecines complémentaires (Anderson 1996, 698; Mimeault 2008, 8). Elle permet aux femmes d'outrepasser leur état de « corps docile » et de *powerlessness*, tout en s'appropriant leur cheminement thérapeutique en exerçant leur capacité d'agir au sein de celui-ci. Le concept d'agentivité — de *power-to* — peut ainsi être considéré comme un outil permettant de favoriser l'autonomisation des femmes, et donc leur état de *powerfulness* par rapport à leur corps et aux décisions inhérentes à leur santé.

⁵ Traduction libre de l'anglais des propos de l'auteur.

1.3. Féminismes et intersectionnalité

Le féminisme est généralement considéré comme une idéologie sociale, politique et philosophique luttant en faveur de l'égalité des genres, les femmes étant considérées comme subordonnées aux hommes ainsi qu'oppressées et exploitées par le système patriarcal pensé par et pour ces derniers. En anthropologie et en sociologie, le patriarcat est un système social et juridique dans lequel les hommes possèdent l'autorité, les droits et la propriété au détriment des femmes, et auquel est associé à la filiation patrilinéaire, ou patrilinéarité. La patrilinéarité est un système de filiation selon lequel les biens et la progéniture sont la propriété exclusive de l'homme, la femme ne pouvant par exemple pas hériter des biens matériels et de la propriété, ceux-ci revenant aux membres masculins de la famille. Les luttes féministes conventionnelles ont ainsi pour objectifs de réduire les inégalités entre les genres en permettant aux femmes d'obtenir les mêmes droits et les mêmes pouvoirs que les hommes dans une société donnée.

Le féminisme de première vague ayant émergé à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle est responsable de beaucoup des droits considérés comme acquis pour la majorité des femmes, notamment le droit à l'égalité juridique et le droit de vote — bien que ces droits n'aient pas été accordés simultanément à toutes les femmes, les femmes noires et autochtones ayant par exemple obtenu le droit de vote plus tardivement que les femmes blanches au Canada et aux États-Unis, entre autres (Lorber 2012, 2). Les luttes féministes de l'époque incluent également l'accès à l'éducation postsecondaire et à la propriété, ainsi que l'autonomie corporelle et la planification familiale afin de permettre l'indépendance économique des femmes (Lorber 2021, 2). Les suffragettes anglaises, françaises et américaines sont les principales porteuses du féminisme de première vague, bien que le

mouvement suffragiste des femmes indiennes ait également contribué aux luttes féministes de l'époque, et ultimement à l'affranchissement de l'Inde du joug colonial britannique.

Le féminisme de seconde vague émerge quant à lui en 1949 à la suite de la publication de l'ouvrage *Le deuxième sexe* de Simone de Beauvoir dans lequel la philosophe française soulignait la subordination de la femme face à la normativité de l'homme au sein d'un système social, rejetant ainsi les croyances ayant précédemment justifié la subordination des femmes en s'appuyant sur la biologie (Lorber 2021, 3). L'activisme féministe et politique de seconde vague débuta durant la décennie 1960, alors que les jeunes individus commençaient à critiquer plusieurs aspects globaux de la société occidentale — par exemple le capitalisme ou l'implication des États-Unis dans la Guerre du Vietnam — et est caractérisé par l'organisation des femmes en mouvements politiques luttant pour leurs droits sexuels et reproductifs et pour leur promotion dans les plus hautes sphères de pouvoir, par exemple au sein des gouvernements ou des universités (Lorber 2021, 3). L'avortement ainsi que la prescription de la pilule contraceptive et de la pilule abortive ont ainsi été légalisés durant les années 1960 et 1970, époque à laquelle les premières femmes juges, ministres et universitaires ont également été élues ou sélectionnées (Lorber 2021, 3). Le *Combahee River Collective*, mouvement féministe afro-américain des années 1970, luttait quant à lui en faveur de la justice reproductive pour les femmes racisées ainsi que pour la reconnaissance de leurs droits en SSR, à une époque où l'expérience de ces dernières était aussi progressivement visibilisée (Ross 2017, 287).

Le féminisme de troisième vague succède finalement à la seconde à la fin du XX^e siècle, alors que les féministes et les intellectuelles critiquaient l'exclusion des femmes lesbiennes et racisées des luttes féministes, politiques et économiques des dernières

décennies. Les années 1990 sont ainsi marquées par l'émergence des théories queer — portées par la philosophe américaine Judith Butler et son ouvrage *Trouble dans le genre* — des théories décoloniales — introduites par les intellectuelles sud-américaines anticolonialistes — et intersectionnelles — développées par les féministes noires américaines (Lober 2021, 4).

Le féminisme en tant qu'idéologie contribue cependant à la construction de la catégorie unifiante de « femme » qui invisibilise la façon dont d'autres systèmes d'oppression que le patriarcat s'enchevêtrent afin de créer d'autres catégories de discrimination et d'oppression pour certaines femmes, et notamment les femmes racisées, pauvres et membres de la communauté LGBTQ2+ (Vergès 2020, 326). Le féminisme décolonial a ainsi été introduit par des intellectuelles féministes racisées telle que María Lugones à la fin du XX^e siècle afin de critiquer le féminisme blanc ignorant l'accumulation des oppressions de genre, de race et d'orientation sexuelle (Falquet 2021, 72). Le féminisme décolonial souligne également la façon dont le féminisme libéral, qui lutte pour les droits des femmes en s'appuyant sur les principes des droits humains, est pensé et théorisé à partir des oppressions et des discriminations vécues par les femmes blanches et bourgeoises (Falquet 2021, 71; Vergès 2020, 326). Les programmes d'assistance internationale de la Banque mondiale, du Fonds monétaire international (FMI) ou de l'Organisation des Nations Unies (ONU) mis en œuvre après la Conférence de Pékin de 1995 sur les droits des femmes participaient ainsi à un système néocolonial et impérialiste en encourageant le développement économique et la modernisation du Sud global au détriment de ses populations, et notamment des femmes (Falquet 2021, 71). Ce progrès avait ainsi pour conséquence l'extension des rapports capitalistes exacerbant les inégalités

politiques, économiques et institutionnelles entre le Nord et le Sud, et désavantageant ainsi les femmes racisées et pauvres de façon disproportionnée (Falquet 2021, 76; Vergès 2020, 329). Cette conception du féminisme contribuait également à la passivité et à l’infantilisation des bénéficiaires des programmes d’assistance internationale et au développement du *white savior complex*⁶ par les féministes blanches luttant pour l’émancipation des femmes racisées, au détriment de ces dernières (Falquet 2020, 71). Les femmes racisées étaient ainsi dépossédées de leur agentivité dans leurs luttes pour leurs droits et pour leurs intérêts intersectionnels au profit des revendications des féministes blanches occidentales. Le concept de l’intersectionnalité a ainsi permis d’inclure les luttes des femmes racisées se situant à l’intersection du genre et du racisme au féminisme *mainstream*, tout en soulignant l’accumulation des oppressions désavantageant les femmes racisées, immigrantes, grosses, handicapées et membre de la communauté LGBTQ2+, du Nord comme du Sud.

L’intersectionnalité est un concept féministe introduit à la fin de la décennie 1980 par des autrices et intellectuelles racisées, dont les afro-américaines Kimberlé Crenshaw et bell hooks mentionnées précédemment, afin de permettre l’analyse de l’expérience des femmes noires se situant à l’intersection des oppressions de genre et de race: « L’idée que le patriarcat interagit avec d’autres systèmes de pouvoir — notamment le racisme — pour uniquement désavantager certains groupes de femmes plus que d’autres a une longue histoire parmi les traditions intellectuelles et politiques du féminisme noir⁷ » (Cooper 2015, 386; 388). Le concept a été repris par les différentes disciplines des sciences sociales afin

⁶ Le *white savior complex* est une relation sociale institutionnelle impliquant des actions égoïstes, condescendantes et souvent institutionnalisées par des personnes « privilégiées » visant à aider des personnes défavorisées, et donc des personnes racisées et /ou du Sud (Yu 2021, 1).

⁷ Traduction libre de l’anglais des propos de l’autrice.

de déterminer la façon dont l'intersection des oppressions peut avoir un impact différentiel sur les déterminants sociaux de la santé des femmes (López et Gadsden 2017, 10). Ces systèmes d'oppression incluent sans s'y limiter le racisme, le capitalisme, l'ethnocentrisme, le patriarcat, l'hétérosexisme, le nativisme et le capacitisme (López et Gadsden 2017, 10). Une approche intersectionnelle de la santé a ainsi pour objectif de reconnaître l'intersection de ces différents systèmes d'oppression et de privilèges ainsi que leur influence sur l'expérience, les besoins, les droits et la santé des femmes racisées, pauvres, membres de la communauté LGBTQ2+, handicapées, etc.

En SSR, les femmes racisées seraient ainsi plus à risque de contracter des ITSS ou le VPH, de développer un cancer du système reproducteur et d'accoucher prématurément, en plus d'être surreprésentées dans le taux de mortalité maternelle et infantile (Prather et al. 2018, 250; Sutton et al. 2021, 229). Le racisme constitue donc un déterminant social de la santé puisqu'il contribue aux disparités sociales — telle que la pauvreté — ayant une incidence sur les habitudes de santé des individus et leur accès à des soins, ainsi que sur leurs interactions avec les soignant·e·s (Prather et al. 2018, 250). Par exemple, les femmes noires et autochtones auraient 60% plus de chance d'accoucher prématurément et seraient quatre fois plus à risque de mourir en couche que les femmes blanches, en plus de subir plus fréquemment des hystérectomies pour des conditions de santé reproductive pouvant autrement être traitées de façon moins agressive (Prather 2018, 253; Sutton et al. 2021, 229). Il est ainsi possible d'avancer que le racisme rend les femmes malades, tout en reconnaissant que le capitalisme, l'ethnocentrisme, le patriarcat, l'hétérosexisme, le nativisme et le capacitisme nuisent également à la santé des femmes (Harrison 1994, 91). Il sera par exemple démontré dans les prochaines pages la façon dont le racisme, le

nativisme, l'ethnocentrisme et l'hétérosexisme s'enchevêtrent au bénéfice de la SSR de certaines femmes — notamment des femmes blanches cisgenres, hétérosexuelles et natives du Québec — et au détriment de celle des autres — spécifiquement des femmes racisées, immigrantes et membres de la communauté LGBTQ2+.

2. Méthodologie

2.1. Contexte pandémique de la recherche de terrain

Jusqu'alors confinée à l'Asie et à l'Europe, la pandémie de COVID-19 atteint finalement les États-Unis et le Canada en début d'année 2020. En février, la première personne porteuse de la maladie à coronavirus est signalée au Québec, et le virus se propage rapidement à l'échelle de la province, touchant particulièrement la métropole montréalaise. Des mesures de santé publique sont adoptées par le premier ministre François Legault et son gouvernement, notamment un confinement généralisé de la population québécoise, la fermeture des frontières communes entre le Québec et les provinces canadiennes limitrophes et la fermeture des commerces jugés non-essentiels afin d'essayer de contrôler la contagion. Or, c'est également en début d'année 2020 que j'ai amorcé ma recherche, après avoir terminé avec succès les deux stages obligatoires de COOP. Il incombait donc de s'adapter au contexte limitatif de la pandémie dans le cadre du choix du sujet de thèse, et donc du terrain de recherche et de la méthodologie. Le terrain d'observation participante était à proscrire à la suite de l'adoption de lois restreignant les contacts sociaux et la visite de lieux publics jugés non-essentiels. Dans ce contexte, j'ai dû me contenter d'une collecte de données par entretiens, ceux-ci pouvant être conduits à distance par téléphone ou par vidéoconférence, respectant ainsi les consignes sanitaires gouvernementales. Un nombre de six entretiens a été établi avec ma directrice de thèse comme réaliste et approprié dans

le cadre de la rédaction d'une thèse de maîtrise en anthropologie dans un contexte de pandémie.

Le contexte de la pandémie de COVID-19 a également contribué à alourdir la charge de travail de plusieurs personnes impliquées indirectement dans ma recherche, dont celle des commissaires du Bureau d'éthique et d'intégrité de la recherche de l'Université d'Ottawa. Ma demande d'approbation éthique a été soumise le 1^{er} avril 2021, et a été évaluée comme projet à risque minimal, dont le délai d'évaluation est habituellement de quatre à six semaines. Or, en raison de retards dans les délais d'évaluation liés à la pandémie, j'ai reçu ma première demande de révision le 4 juin 2021, et mon certificat d'approbation éthique le 25 juin 2021, soit douze semaines après la soumission initiale de mon formulaire. Ces délais de l'évaluation éthique m'ont donc retardée dans le recrutement des participantes.

2.2. Limites et enjeux de la méthodologie

Afin de comprendre l'approche féministe en SSR sous toutes ses formes, c'est-à-dire de comprendre les façons dont elle est appropriée et mise en œuvre par les personnes soignantes autant qu'expérimentée par la clientèle de ces dernières, j'avais pour objectif de recruter des professionnel·elle·s de la santé œuvrant en SSR et revendiquant une approche féministe, ainsi que des personnes issues de leur clientèle.

J'ai envisagé de procéder de trois façons pour tenter de recruter des personnes ayant fait l'expérience d'une approche féministe en SSR. J'ai d'abord publié une annonce de recrutement sur mes réseaux sociaux personnels afin de recruter des personnes ayant fait l'expérience de soins féministes en SSR. Cette approche n'a pas été concluante puisque le bassin de recrutement se limitait aux personnes de ma connaissance, dont les expériences

sont limitées comparativement à un bassin plus important. Cette méthode ne permettait pas non plus de recruter des personnes issues de la diversité de genre, de sexualité, de corpulence et d'origine ethnique, les personnes pouvant être rejointes par mes réseaux sociaux étant plutôt représentatives de mon propre milieu socio-économique et ethnique, entre autres. Cette méthode de recrutement n'a donc pas été probante, seulement deux femmes m'ayant communiqué leur intérêt à participer à la recherche, mais dont l'expérience ne correspondait pas aux critères d'admissibilité tels que décrits dans le formulaire de consentement⁸.

La seconde approche consistait à demander aux soignantes participantes de recruter des femmes parmi leur clientèle afin de m'entretenir avec celles-ci au sujet de l'approche féministe en SSR dont elles auraient fait l'expérience. Cette méthode a cependant été refusée en raison d'enjeux éthiques liés à la confidentialité médicale et professionnelle garantie à la clientèle des soignantes, et a donc été abandonnée afin de respecter leur intégrité professionnelle ainsi que l'anonymat de leurs patientes.

La dernière approche consistait à contacter des forums et des groupes de discussion privés sur les réseaux sociaux au sujet de la SSR féminine afin d'en recruter les membres pour la recherche. Un terrain d'observation passive consistant à observer les échanges entre les membres avait également été envisagé comme approche méthodologique, mais a été abandonné en raison d'enjeux éthiques importants. En effet, il était impossible de m'assurer du consentement de toutes les personnes membres du groupe ou du forum identifié comme approprié pour la recherche, ceux-ci comptant d'une centaine à plus de 30 000 membres. La logistique de contacter chacun·e des membres dont les propos auraient

⁸ Voir l'annexe I afin de consulter le formulaire de consentement remis aux personnes ayant participé à la recherche.

été considérés comme utiles et pertinents pour la recherche afin d'obtenir leur consentement n'était pas envisageable, cette méthode étant trop peu efficace. La publication d'un message expliquant ma recherche et ses objectifs ainsi qu'un sondage demandant le consentement des membres avait aussi été envisagés, mais il était encore une fois impossible d'assumer que tous les membres auraient pris connaissance de ce sondage et y aurait répondu. La logistique de m'assurer de ne pas utiliser les propos des membres ayant refusé de participer à la recherche était également contre-productive et représentait un défi éthique et méthodologique trop important. Cette méthode de collecte de données et de recrutement a donc également été abandonnée par souci de respecter le droit au consentement des participant·e·s potentiel·elle·s à la recherche.

Il n'a donc pas été logistiquement et éthiquement possible de recruter des personnes ayant fait l'expérience d'une approche féministe en SSR pour la recherche. La thèse se veut donc représentative de l'expérience et de l'expertise des soignantes en SSRF et de leur perception personnelle et professionnelle de cette approche par leur clientèle. Ainsi, seulement des travailleuses en SSRF ont été recrutées pour la recherche.

2.3. Recrutement

Les personnes prodiguant des soins féministes en SSR au Québec ont été contactées directement grâce à leurs coordonnées disponibles sur leurs réseaux sociaux professionnels, et sélectionnées pour leur revendication d'une approche féministe dans leurs pratiques de soins. Les travailleuses⁹ du CSFM ainsi qu'une herboriste-thérapeute accréditée revendiquant une approche féministe ont ainsi été identifiées comme

⁹ « Travailleuses » est le terme auquel les femmes employées au CSFM s'identifient, tel que rapporté durant les entretiens avec ces dernières.

participantes potentielles pour la recherche. L'herboriste pratiquant autant à Montréal qu'ailleurs au Québec et en France, la recherche ne se veut pas représentative de l'approche féministe en SSR à Montréal, mais plutôt au Québec — bien qu'il soit important de souligner que la recherche est uniquement représentative de l'approche individuelle du CSFM et de l'herboriste, et non de l'approche féministe en SSR à l'échelle de la province.

En raison des délais décrits plus haut concernant la certification éthique, le recrutement n'a commencé que durant l'été 2021, soit la période durant laquelle les travailleuses du CSFM sont habituellement en vacances estivales. La correspondance avec le centre a donc été ralentie par les vacances de la coordonnatrice au développement et au rayonnement communautaire, et le recrutement de ses collègues a également été difficile pour cette même raison. Après plusieurs échanges par courrier électronique et par téléphone, les travailleuses du centre m'ont informée qu'elles avaient établi lors d'une réunion d'équipe que de trois à cinq entrevues respectaient leurs capacités logistiques et techniques, correspondant donc à mes attentes quant au nombre d'entrevues prévus pour ma collecte de données. Finalement, j'ai pu rencontrer quatre de leurs travailleuses durant le mois d'octobre 2021. J'ai également eu l'opportunité de visiter le centre à la fin de l'automne, ce qui n'avait pas été possible plus tôt durant l'été en raison des restrictions sanitaires et du personnel restreint.

Afin de quand même essayer de comprendre l'expérience de l'approche féministe en SSR, mais ce sans avoir pu recruter des personnes l'ayant expérimentée, je me suis également portée volontaire auprès du CSFM afin d'être le sujet d'une formation à l'examen gynécologique féministe offerte par le centre à des professionnel·le·s de la santé du réseau public. J'ai ainsi eu la possibilité d'obtenir une consultation à la clinique

gynécologique du centre afin de moi-même faire l'expérience de l'approche féministe, ce qui n'avait pas été initialement prévu dans le cadre de l'enquête de terrain. Il s'agit cependant d'une opportunité qui s'est présentée de façon impromptue et que j'ai décidé de saisir dans l'intérêt de ma recherche. L'une des professionnelles du CSFM ayant été recrutée a également été patiente du centre avant d'être engagée en tant que stagiaire, et m'a donc partagé ses deux expériences lors de notre entretien. Son expertise et la mienne permettront donc de partiellement comprendre l'expérience de l'approche féministe en SSR, sans pourtant pouvoir en faire une interprétation compréhensive et nuancée en raison de ces perspectives limitées.

La professionnelle de la santé en médecine complémentaire avait quant à elle été facile à recruter, malgré un délai important entre le contact initial et l'entretien en août 2021, encore une fois en raison de la période estivale. Elle est également la seule personne soignante en médecines complémentaires recrutée puisqu'aucune autre personne spécialiste revendiquant une approche féministe n'était affichée dans le répertoire québécois des pratiquant·e·s en médecines complémentaires consulté pour la recherche. Elle ne connaissait pas non plus d'autres personnes soignantes revendiquant une approche similaire dans la pratique de l'une ou l'autre des médecines complémentaires reconnues au Québec.

2.3.1. Le Centre de santé des femmes de Montréal

Créé en 1975, le CSFM est un organisme communautaire autonome à but non-lucratif « issu des grands questionnements féministes des années 1970, alors que les femmes manifestaient leurs insatisfactions face au système de santé traditionnel et remettaient en question le pouvoir médical, la surmédicalisation croissante qu'elles

subissaient et le sexisme qui prévalait dans les pratiques » (CSFM 2018). L'objectif du centre est de « favoriser l'appropriation par les femmes de leur santé gynécologique, de défendre et de promouvoir le droit à l'avortement libre et gratuit, et de représenter les femmes et revendiquer le respect de leurs droits et de leur pouvoir auprès des décideurs économiques [et] politique, et auprès du réseau de la santé » (CSFM, 2018). Le CSFM offre également plusieurs services permettant aux femmes de s'approprier leur santé, notamment avec une ligne téléphonique d'information et de référence au sujet de la SSR des femmes, un service d'IVGM et d'IVGI, une clinique gynécologique, et des ateliers et des formations en SSR (CSFM, 2018). Les formations sont offertes à des professionnel·le·s de la santé afin de les former à l'approche féministe, tandis que les ateliers ont un objectif d'éducation populaire auprès d'écoles primaires et secondaires et d'organismes multiples. L'équipe exclusivement féminine du centre, composée de médecins, d'infirmières et d'intervenantes, priorise ainsi une approche « féministe, globale, personnalisée, respectueuse et collective » des soins de santé (CSFM, 2018).

Dans le cadre de l'enquête de terrain, quatre travailleuses du CSFM ont ainsi été recrutées. Il s'agit de Marianne, coordonnatrice au développement et au rayonnement communautaire, de Geneviève et d'Olivia, toutes les deux infirmières, et de Tessa, stagiaire en sexologie et ayant précédemment été cliente du centre¹⁰. Elles ont toutes été rencontrées entre septembre et novembre 2021 lors d'entretiens téléphoniques ou par visioconférence, ainsi qu'en présentiel au centre lors de ma visite.

¹⁰ Les participantes à la recherche avaient l'obligation de remplir et de signer un formulaire de consentement approuvé par le Bureau d'éthique et d'intégrité à la recherche. Dans ce formulaire, elles ont toutes indiquées qu'elles acceptaient d'être identifiées par leur prénom, bien que la possibilité d'être identifiées par un pseudonyme leur ait été proposée. J'ai également reçu leur accord afin de partager certains détails bibliographiques permettant de mieux comprendre leur parcours professionnel et personnel ainsi que leur personnalité.

2.3.2. Les médecines alternatives et complémentaires

Sarah-Maria est une herboriste-thérapeute accréditée (HTA) faisant partie de la Guilde des herboristes et spécialisée en santé des femmes et en gynécologie holistique. Pratiquant depuis près de quinze ans, son expertise concerne notamment les dérèglements hormonaux, l'endométriose, les fibromes ovariens, le syndrome des ovaires polykystiques, les problèmes menstruels, la fertilité, la grossesse, la périménopause et l'endocrinologie générale. Son approche s'inscrit dans une démarche gynocentrée et spirituelle des soins qui cherche à reconnecter les femmes à leur cycle naturel à travers des consultations privées. Elle a également publié un ouvrage expliquant les mécanismes biologiques du cycle menstruel, *Sagesse et pouvoirs du cycle féminin : santé, fertilité, plantes amies et symbolique*, et propose deux formations qui ont pour objectif l'autonomisation des femmes par la réappropriation et la connaissance de leur corps selon une perspective féministe et holistique. Finalement, elle offre également des conférences et ateliers de groupes auprès de différentes institutions œuvrant pour les femmes sur des sujets variés tels que l'écoféminisme et les aspects psychosociaux de la santé des femmes.

2.4. Analyse

La collecte de données a donc été réalisée par la conduite de cinq entretiens semi-dirigés¹¹ et d'un terrain d'observation participante consistant à la visite du CSFM et d'une consultation gynécologique avec l'une de leurs travailleuses. D'une durée de 30 à plus de 60 minutes, les quatre entrevues ont été orientées par les questions prévues dans le guide d'entretien, et les participantes ont été averties que des questions supplémentaires seraient certainement motivées par la conversation afin d'obtenir des précisions. Les entretiens ont

¹¹ Voir l'annexe II afin de consulter les guides d'entretiens utilisés dans le cadre terrain de recherche.

par la suite été intégralement retranscrits et mis en commun afin de permettre de remarquer l'émergence de thèmes récurrents parmi les propos des participantes à la recherche. Ces thèmes récurrents — notamment l'importance de l'éducation sexuelle ou le manque de ressources du centre afin d'adresser différents enjeux de santé — ont par la suite été utilisés afin d'interroger la littérature au sujet de la SSR des femmes. Les données rassemblent également les notes de terrain que j'ai prises durant ma visite du CSFM avec Marianne et regroupent les propos de cette dernière au sujet des activités du centre et du déroulement des différentes procédures, de même que mes observations, questions et impressions personnelles. Les notes que j'ai écrites durant les entretiens avec les participantes ont également été utilisées afin de spécifier ma perception personnelle de celles-ci et de nos conversations. Mes impressions de l'examen gynécologique que j'ai expérimenté au CSFM ont également été incluses dans les notes de terrain utilisées pour la collecte de données.

L'analyse de données a permis d'identifier des thèmes récurrents permettant de répondre aux questions de recherche, qui étaient les suivantes : Quelles sont les actions inhérentes à l'approche féministe en SRR mises en œuvre par le CSFM et l'herboristerie thérapeutique afin d'encourager l'agentivité et de favoriser l'autonomisation de leur clientèle dans leur cheminement thérapeutique? Comment ces mesures pourraient-elles contribuer à la démedicalisation et à la réappropriation du corps des femmes dans un contexte de soins féministes en SSR? Quels sont les enjeux intersectionnels pouvant avoir une incidence sur la SSR des femmes en biomédecine et en médecines complémentaires selon une approche féministe se voulant inclusive?

3. Présentation de la structure de la thèse

Les prochains chapitres auront pour objectif de répondre à ces questions de recherche à travers les concepts théoriques de la (dé)médicalisation, de l’agentivité, de l’autonomisation et de l’intersectionnalité. Le premier chapitre explorera les différentes approches de la médecine et de la SSR des femmes. La biomédecine étant généralement androcentrée, la façon dont la médecine a été appropriée, théorisée et pratiquée par et pour les hommes au détriment des femmes et de leurs expériences sera démontrée. Les médecines complémentaires et leur approche démedicalisante seront également analysées, ainsi que l’approche féministe en SSR telle que théorisée en anthropologie et en étude du genre.

Le second chapitre étudiera la façon dont l’approche féministe en SSR pourrait contribuer à l’autonomisation de la clientèle du CSFM et de l’herboriste-thérapeute en favorisant leur agentivité, notamment grâce à l’éducation et à la réduction de la hiérarchie entre patient·e·s et soignant·e·s. La façon dont l’approche féministe en SSR peut ou non contribuer à la démedicalisation des soins et du corps des femmes sera également explorée.

Le dernier chapitre analysera quant à lui l’approche féministe en SSR à travers le concept de l’intersectionnalité inhérente aux courants féministes sollicités par la thèse, et la façon dont l’exclusion de certaines catégories de femmes — notamment les femmes grosses, racisées, âgées, immigrantes et/ou membres de la communauté LGBTQ2+ — peut ou non contribuer à leur oppression et à la médicalisation de certains enjeux de santé les concernant.



Il est finalement important de préciser la nuance dans l'utilisation du terme « femme » tout au long de la thèse. Le terme n'est pas utilisé afin d'exclure les personnes trans et non-binaires et leurs expériences uniques et intersectionnelles en SSRF, mais bien par souci de concision et afin de respecter les propos des personnes ayant participé à la recherche. Les personnes trans et non-binaires n'ayant pas ou peu été mentionnées par les participantes à la recherche durant la collecte des données, la recherche ne prétend pas pouvoir adresser leurs expériences de façon subjective et méthodique. Je reconnais toutefois l'importance d'inclure toute personne pouvant bénéficier de soins en SSRF dans une étude se voulant inclusive et intersectionnelle. La présente thèse se veut donc représentative des expériences des travailleuses de la santé recrutées s'identifiant au genre féminin et à leur clientèle.

CHAPITRE I

LA BIOMÉDECINE ET LES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES : L'ARTICULATION DE L'APPROCHE FÉMINISTE EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Assise dans la salle d'attente, j'observe les lieux afin de patienter en attendant l'arrivée de Marianne, coordinatrice au développement et au rayonnement communautaire et ma personne-ressource au CSFM. Comme elle me l'exprimera si bien, elle porte également « plusieurs chapeaux » puisqu'elle est également responsable de la promotion des ateliers et des formations offerts à la communauté au sujet de la SSR, de la sexualité et du plaisir, en plus de gérer l'organisation des activités offertes aux membres donateurs. Sexologue de formation, elle avait initialement amorcé son parcours universitaire en relations internationales avant de décider que les inégalités de genre et les droits sexuels et reproductifs n'étaient pas assez abordés par son premier cursus. Après une réorientation académique et un changement d'institution universitaire, et avec son diplôme en poche, elle avait d'abord travaillé dans le domaine de l'intervention communautaire auprès de jeunes victimes de violences sexuelles avant de finalement atterrir au CSFM. Marianne est passionnée par son travail et par l'approche féministe du centre, et c'est avec vivacité et enthousiasme qu'elle m'avait confirmé l'intérêt du CSFM pour ma recherche.

Mon contact initial avec le CSFM fut par courriel, alors que je tentais de recruter des personnes prodiguant des soins féministes en SSR. J'avais identifié le centre comme un lieu de recrutement potentiel avant même d'avoir établi quel serait le sujet de ma recherche, à la suite de la lecture d'un article sur l'expérience de l'avortement de femmes québécoises, dont l'une d'entre elles avait mentionné son expérience positive au CSFM. Ma curiosité piquée, j'avais par la suite effectué quelques recherches afin d'apprendre

quelles étaient les activités spécifiques du centre et pour en connaître davantage sur sa vocation féministe qui m'avait d'abord intéressée. C'est donc lorsque j'ai contacté le CSFM afin de m'enquérir de leur intérêt de participer à ma recherche que ma correspondance avec Marianne a commencée. Durant l'été 2021, nous avons correspondu régulièrement afin d'établir mes besoins et d'en vérifier la compatibilité avec les disponibilités et les ressources du centre, et afin de l'informer des modalités de mon projet. Après avoir distribué un document résumant brièvement ma recherche et ses objectifs auprès des travailleuses du centre, Marianne m'avait finalement mise en contact avec deux collègues, toutes les deux infirmières — Geneviève et Olivia.

Quelques semaines plus tard, Marianne m'a à nouveau contactée afin de me proposer une visite guidée du CSFM, en respectant bien sûr les mesures sanitaires mises en œuvre par le gouvernement provincial. C'est pourquoi lors d'une fin d'après-midi froide de novembre, à mi-chemin entre les quartiers montréalais du Plateau Mont-Royal, de Hochelaga-Maisonneuve et de Rosemont, j'attends Marianne dans la salle d'attente chaleureuse du CSFM. Je patiente quelques minutes avant que celle-ci, occupée en cette fin de journée, ne vienne m'accueillir avec enthousiasme — nous sommes toutes les deux ravies de pouvoir enfin nous rencontrer en personne après tous ces longs mois de correspondance. Elle m'explique qu'elle m'offrira une visite complète des deux étages occupés par le centre et regroupant les installations suivantes : salles de consultation et d'examen, salles d'attente, espaces administratifs, salles d'avortement, salle de réveil, etc.

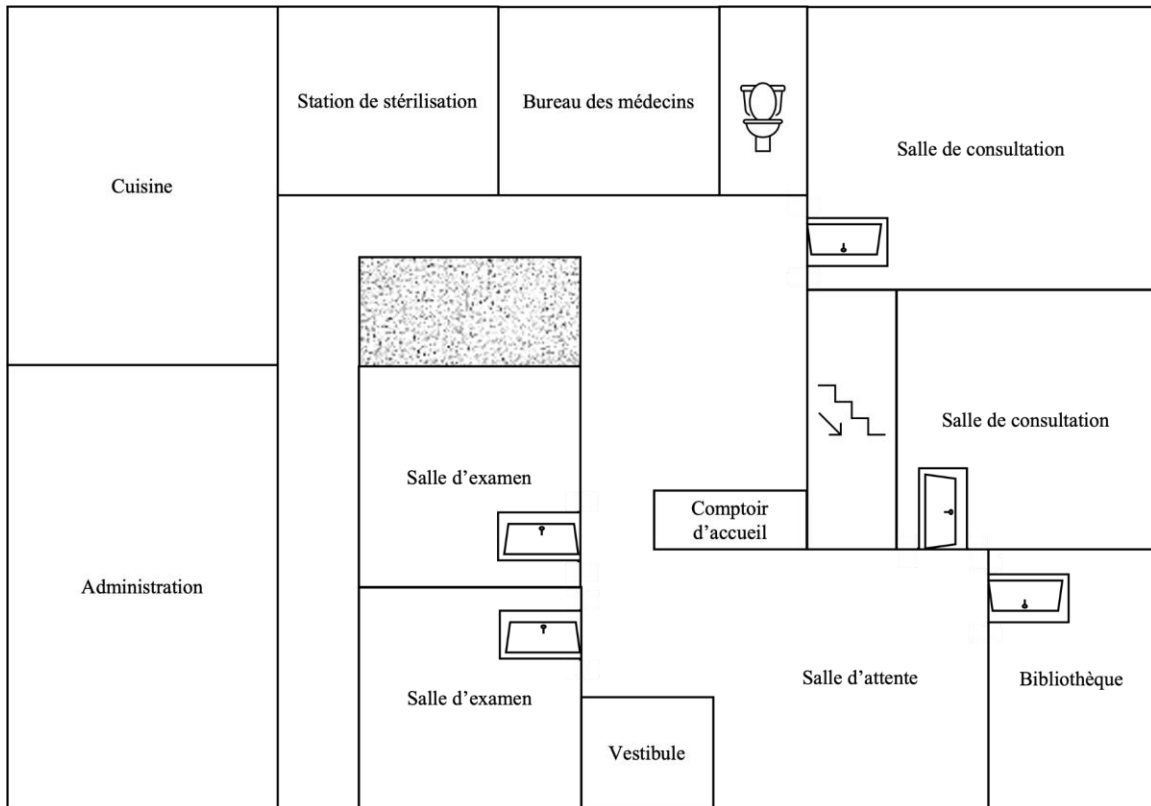


Figure 1 : Plan du rez-de-chaussée du CSFM

La visite commence donc par la salle d'examen, où elle m'explique les procédures des tests Pap et de dépistage d'ITSS. L'arrangement de la salle est assez semblable aux salles d'examen que j'avais déjà visitées en clinique jeunesse — table d'examen recouverte de papier, étrières où mettre les jambes pour les test Pap et les dépistages, armoires contenant tout le matériel médical nécessaire tel que les spéculums et les écouvillons utilisés pour les prélèvements, etc. Or, quelques détails subtils font en sorte que malgré tout, cette salle d'examen-ci se démarque — une couverture est mise à la disposition des femmes pour se couvrir durant les examens plutôt qu'un long morceau de papier inconfortable. Le bureau où l'infirmière s'installe pour discuter avant les examens est modeste et n'évoque pas les imposants bureaux de médecins où je me suis déjà assise, et à mon sens, appelle à la collaboration plutôt qu'à la consultation classique où seul·e le ou la soignant·e possède l'autorité médicale. Le plancher de bois est agencé à une chaise et une bibliothèque

antiques qui confèrent une atmosphère confortable et familière à la pièce. Les murs sont peints en vert vibrant plutôt qu'en blanc, comme dans les hôpitaux ou les cliniques médicales conventionnelles. Selon Marianne, l'approche féministe a cependant ses limites puisque les procédures médicales ne peuvent pas nécessairement être modifiées afin d'accommoder une approche féministe démedicalisante de la SSR, mais peuvent malgré tout être atténuées par la présence d'une couverture et par une ambiance généralement plus chaleureuse. Marianne m'explique également que les consultations durent en moyenne une trentaine de minutes, soit le double du temps habituellement alloué lors des consultations en clinique conventionnelle ou en milieu hospitalier.

Nous passons ensuite à la salle de consultation, où les travailleuses rencontrent les femmes avant leur IVG afin de leur expliquer la procédure et répondre à leurs questions. Marianne me montre la valise compartimentée utilisée par les travailleuses afin d'expliquer chacune des méthodes contraceptives offertes aux femmes lors de leur consultation, si celles-ci en expriment le souhait. Préservatifs, pilules contraceptives, stérilets, implants, anneaux vaginaux et timbres contraceptifs s'alignent afin de faciliter les explications des travailleuses, mais surtout pour permettre aux femmes de comprendre leurs options et de choisir la méthode contraceptive leur convenant le mieux. Plusieurs documents sont également mis à la disposition des femmes, dont Marianne m'offre quelques exemplaires — un dépliant sur les stérilets de cuivre et à base de progestérone, deux autres sur l'expérience de l'avortement des personnes LGBTQ2+, trans et non-binaires, un pamphlet sur les jouets sexuels et les ITSS, un autre sur la vasectomie, ainsi qu'un document sur les différents types d'infections vaginales. Marianne ajoute que ces documents sont traduits en plusieurs langues afin de répondre à la diversité ethnique et linguistique de leur clientèle.

Elle m'explique également que lorsque le personnel du CSFM remarque l'augmentation du nombre de femmes locutrices d'une langue dans laquelle la documentation n'a pas encore été traduite, un processus est enclenché afin d'adapter les ressources du centre pour ces femmes.

Contigüe à la salle de consultation se trouve la bibliothèque du centre, où avait également lieu des ateliers d'auto-examen gynécologique collaboratif à l'époque de la fondation du CSFM, mais qui ne sont plus actuellement offerts en raison de la pandémie. Marianne m'explique avec humour que ces ateliers « hippies » ne sont plus offerts depuis quelques années, et nous rions toutes les deux en évoquant les groupes de femmes accroupies en cercle au-dessus d'un miroir afin d'observer et d'apprendre à connaître leur corps. Nous regardons également les livres et la documentation mis à la disposition de la clientèle et des travailleuses du centre à propos de sujets divers — sur les mouvements féministes pour la SSR, sur les différentes méthodes contraceptives, sur les menstruations, sur les violences sexuelles, etc. Ces ouvrages sont principalement en français, bien que certains d'entre eux soient également disponibles en anglais, et abordent la santé féminine selon les approches conventionnelles et complémentaires de la médecine occidentale, un livre abordant notamment l'utilisation ancestrale des herbes médicinales pour la contraception et l'avortement. Marianne m'explique qu'avant la pandémie, la bibliothèque était mise à la disposition des femmes en attente de leur rendez-vous, mais également à toute personne membre du centre souhaitant s'informer sur la santé féminine en général. Elle m'apporte quelques documents sur des sujets variés qui sont également disponibles pour consultation à l'accueil afin d'illustrer son propos, dont *L'auto-examen des seins : un geste de santé* ou encore *L'impact sur la santé des femmes des chirurgies gynécologiques*.

Les sujets présentés par les documents et les ouvrages mis à la disposition des femmes sont donc variés et concernent des enjeux de santé intersectionnels, bien que la consultation de ces derniers soit maintenant restreinte en raison de la pandémie de COVID-19 et des mesures sanitaires s’y rapportant.

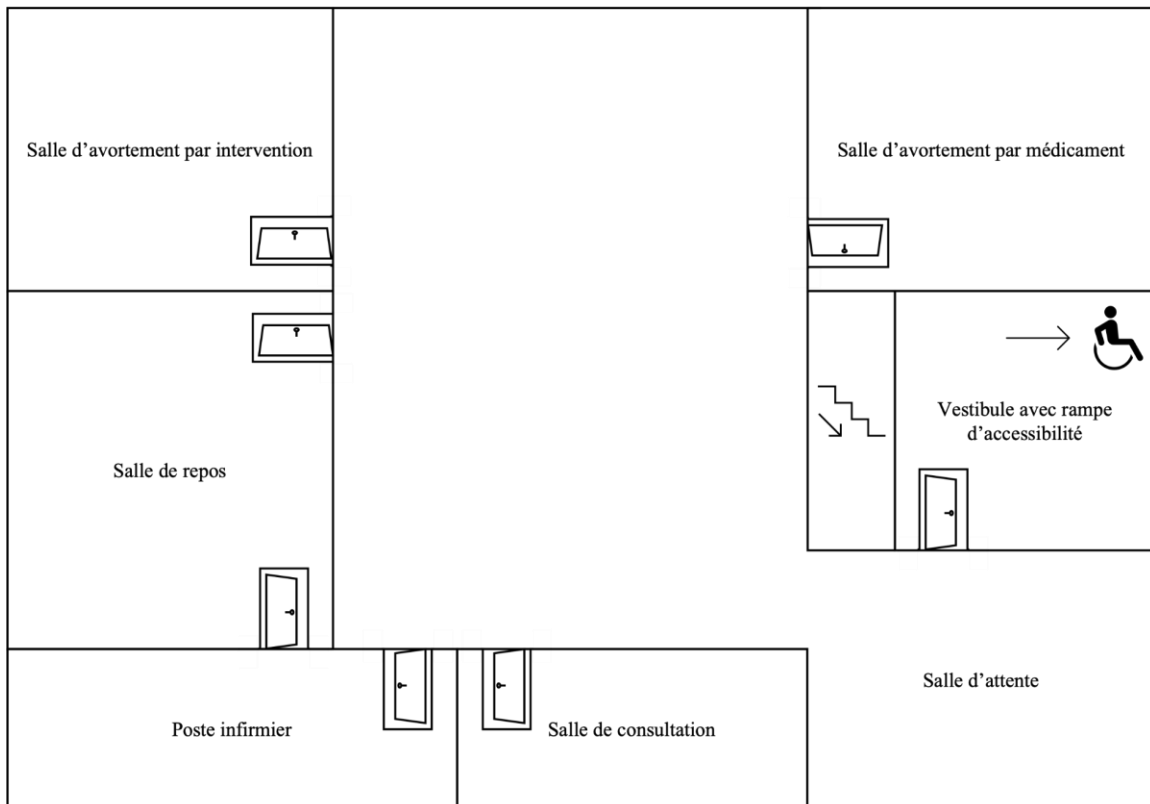


Figure 2 : Plan du sous-sol du CSFM

Nous passons ensuite au sous-sol, où les IVGI et les IVGM ont lieu. Au bas de l'escalier central, nous nous retrouvons dans la salle d'attente, plus petite et moins chaleureuse que celle du rez-de-chaussée, notamment en raison des fondations de pierres exposées plus froides que les murs aux couleurs vives à l'étage. Marianne m'emmène d'abord dans la salle de consultation où les femmes recevant une IVGI ou une IVGM sont conduites afin de leur expliquer la procédure — d'une durée de deux heures pour les IVGM et de trois heures pour les IVGI — et pour répondre à leurs questions. C'est aussi à cet

endroit que l'anesthésie leur sera administrée par une infirmière dont la responsabilité est de s'occuper de la préparation des femmes à la procédure.

Marianne me conduit ensuite dans la salle où ont lieu les IVGI. La salle est petite et intime, avec des murs peints en vert vibrant et un sol en dalles plus typique d'une clinique médicale, contrairement au plancher de bois à l'étage. Une alcôve entourée d'un rideau permet une certaine intimité à la femme pour se déshabiller avant l'intervention, avant d'être invitée à se coucher sur une table d'examen recouverte de papier stérile et à couvrir le bas de son corps d'une couverture, selon la même procédure qu'en clinique gynécologique. Une échographie est ensuite réalisée afin de vérifier le stade de développement du fœtus, qui n'est montré à la femme que si celle-ci en exprime directement le souhait, ce qui selon Marianne est assez rare. La médecin et l'infirmière assistante pourront ensuite procéder à l'IVGI.

Plusieurs initiatives ont été mises en œuvre afin de normaliser et de démedicaliser la salle et la procédure au maximum, tel que le démontre l'espace où les femmes peuvent se déshabiller et la couverture fournie pour les recouvrir. Une carte du monde est également affichée au plafond directement au-dessus d'elles afin de les distraire durant l'intervention, tel que me l'explique Marianne. Elle m'explique également que les femmes sont autorisées à être accompagnées d'une personne durant toute la durée de l'intervention, mais que durant la pandémie, les accompagnateur·trice·s sont interdit·e·s en raison des mesures sanitaires mises en place par le Gouvernement du Québec. Une infirmière a donc pour responsabilité unique d'accompagner la femme durant son IVG, et ce sans avoir à assister la médecin durant l'intervention. Marianne m'explique que plusieurs femmes ont exprimé leur reconnaissance de ne pas avoir à vivre cette expérience seules malgré les restrictions

sanitaires, alors que les infirmières ont quant à elles souligné l'unicité de l'expérience d'assister émotionnellement et physiquement une femme durant son IVG. Une seconde infirmière est également présente durant l'intervention afin d'assister la médecin, et Marianne souligne que le CSFM est la seule clinique où deux infirmières sont présentes durant les IVGI, l'une pour soutenir la femme, et l'autre pour assister le ou la médecin. La sexologue de formation va ensuite chercher un ensemble d'outils stériles nécessaires à l'intervention afin de m'expliquer la procédure de curetage, qui m'était jusqu'alors inconnue. Elle m'explique également que le moteur de l'aspirateur utilisé à la suite du curetage a été installé à l'étage afin de ne pas effrayer les femmes et dans le but de démedicaliser au maximum une intervention généralement difficile pour ces dernières. Une fois le curetage et l'aspiration du « produit de conception »¹² terminés, ce dernier est emmené par l'infirmière-assistante vers un comptoir de travail afin d'être disposé au-dessus d'une lumière vive et de vérifier si tous les éléments du produit semblent présents, et donc de vérifier si le curetage a été complété. Le produit de conception sera ensuite emballé avec soin afin d'être envoyé en pathologie, tel que le veut la procédure gouvernementale au sujet des IVG. Celui-ci n'est habituellement pas montré aux femmes, et Marianne m'informe qu'il est très rare que certaines d'entre elles en expriment le souhait.

Les femmes sont ensuite conduites à la salle de repos, où elles pourront se reposer en attendant que les effets de l'anesthésie se dissipent et où leurs signes vitaux seront régulièrement vérifiés par l'infirmière-assistante. Cette dernière est installée au poste infirmier, dont le mur commun avec la salle de repos est coupé par une fenêtre afin d'offrir

¹² Marianne m'explique que les travailleuses du CSFM préfèrent utiliser ce terme plutôt que celui de « fœtus » afin de faciliter l'expérience des femmes et de dissocier l'idée d'un ovule fécondé de celle d'un fœtus ou d'un bébé.

un minimum d'intimité aux femmes, tout en permettant de surveiller leur état — bien que les complications liées à une IVGI soient rares. Marianne m'explique que la salle de repos a été aménagée afin d'accueillir plusieurs femmes à la fois puisque celles-ci ont tendance à préférer vivre leur expérience de l'IVG de façon collective plutôt qu'individuelle. La salle aux murs de briques est chaleureuse, et je peux facilement m'imaginer les moments de sororité vécus par les femmes ayant eu la chance d'obtenir une IVGI sécuritaire auprès de l'équipe du CSFM. Une fois les effets de l'anesthésie dissipée, les femmes sont renvoyées chez elles, et les travailleuses s'assurent que celles-ci seront accompagnées d'une autre personne par souci de sécurité.

Marianne me conduit finalement dans la salle des IVGM, dont la procédure est beaucoup plus courte que celle des IVGI. Les femmes requérant une IVGM ont également la possibilité d'être accompagnées d'une autre personne durant toute la durée de la procédure, qui commence également par une consultation avec une infirmière. Les femmes sont ensuite conduites dans la salle des IVGM, où la première des deux doses de mifépristone sera ingérée en présence de l'infirmière. La seconde dose sera ensuite remise aux femmes afin qu'elle puisse être prise le lendemain, à l'extérieur du centre. Marianne m'explique que plusieurs femmes apprécient de pouvoir prendre la seconde dose à la maison, où certaines choisiront de la prendre en compagnie de leur partenaire ou de leurs ami·e·s dans un objectif de réappropriation de l'expérience de leur IVG. L'expérience de chaque personne étant unique, Marianne souligne qu'il s'agit d'une façon comme une autre de vivre son IVGM, et que la possibilité de prendre la seconde dose selon ses propres besoins est une façon d'autonomiser les femmes et de leur offrir une certaine agentivité durant la procédure.



L'agentivité permettant aux femmes d'exercer un pouvoir sur les décisions inhérentes à leur cheminement thérapeutique et l'autonomisation représentant un état dans lequel les femmes sont en contrôle de leur santé et de leur corps, ces concepts sont fondamentaux pour l'approche féministe en SSR mise en œuvre par le CSFM, ainsi que par l'herboriste Sarah-Maria, recrutée afin de représenter l'approche féministe en médecines complémentaires. L'approche féministe se veut également une approche démedicalisante, c'est-à-dire qui vise à atténuer la (sur)médicalisation de la santé des femmes, et spécifiquement dans le cadre de la thèse, de leur SSR. La (dé)médicalisation étant un processus non-quantifiable (Halfmann 2011, 187), il convient donc d'analyser quels aspects de l'approche féministe en SSR en médecine conventionnelle et en herboristerie thérapeutique en permettent ou non la démedicalisation. Comme aucun·e patient·e n'a pu être recruté·e auprès du CSFM et de Sarah-Maria, l'agentivité et l'autonomisation seront analysées à partir de mon expérience personnelle de l'approche féministe en SSR et de celle de Tessa, stagiaire en sexologie ayant également eu un dossier au CSFM et ayant été consultée dans le cadre de la recherche de terrain, ainsi qu'à partir de l'expérience des travailleuses du CSFM, de l'HTA Sarah-Maria et de la littérature. La (sur)médicalisation a tendance à déposséder les femmes de leur agentivité et de leur autonomie au sein de leur parcours thérapeutique, et c'est dans ces lacunes que l'approche féministe puise justement sa pertinence. Le présent chapitre aura ainsi pour objectif d'analyser l'approche féministe du CSFM et de l'HTA Sarah-Maria afin d'en interroger la dimension démedicalisante, ainsi que la façon dont leur approche respective pourrait potentiellement encourager l'agentivité et l'autonomisation de leur clientèle.

1. Les médecines et leurs approches

1.1. *La biomédecine occidentale*

Le terme « biomédecine » fait référence à la médecine professionnelle occidentale telle qu'étudiée en anthropologie et en sciences sociales, et est aussi reconnue comme « médecine scientifique », « médecine occidentale », ou simplement « médecine » (Gaines et Davis-Floyd 2003, 95; Hahn et Kleinman 1983, 305). L'utilisation du terme « médecine » seul est cependant problématique puisqu'il invalide les systèmes médicaux non-occidentaux en les qualifiant de « non-médicaux » ou de « *folk medicine* » dont les pratiques sont ancrées dans les croyances populaires plutôt que dans les connaissances scientifiques — à l'instar de la biomédecine — et impliquant donc leur inefficacité (Gaines et Davis-Floyd 2003, 95). Le terme « biomédecine » fait ainsi référence à un système médical particulier, soit la médecine biologique occidentale, afin de la différencier des autres systèmes médicaux valides existant à l'extérieur de ce paradigme.

Des anthropologues ont commencé à étudier la biomédecine durant les décennies 1950 et 1960 en tant que norme à laquelle d'autres systèmes médicaux étaient comparés, tels que la médecine traditionnelle chinoise ou l'ayurvéda indien (Gaines et Floyd-Davis 2003, 96). La biomédecine était alors considérée comme aculturelle en raison de son ancrage dans la science occidentale, alors que les autres systèmes médicaux étaient plutôt considérés comme fortement ancrés dans les pratiques culturelles, et donc en marge de l'objectivité scientifique inhérente à l'approche biomédicale (Gaines et Floyd-Davis 2003, 96). La biomédecine est cependant influencée par la culture de la même façon que les autres systèmes médicaux non-occidentaux, les cultures européenne et américaine ayant exercé une influence sur la construction de la biomédecine depuis son édification, et notamment

les croyances religieuses chrétiennes européennes du XII^e siècle (Green 2008, 8; Hahn et Kleinman 1983, 306). Gaines et Hahn, dont les travaux durant la décennie 1980 ont permis de légitimer l'étude de la biomédecine en anthropologie médicale, ont ainsi défini la biomédecine comme « un système socioculturel, une construction historique complexe avec un ensemble cohérent de croyances, de règles et de pratiques¹³ » (Gaines et Floyd-Davis 2003, 96). L'étude conséquente de la biomédecine a donc permis aux anthropologues de la santé d'étudier celle-ci selon une perspective réaliste, ainsi que de (re)concevoir la biomédecine comme « n'importe quel autre système ethnomédical¹⁴ » (Gaines et Floyd-Davis 2003, 96).

1.1.1. L'androcentrisme de la biomédecine

Historiquement, les femmes ont été les infirmières, les aide-soignantes, les médecins, les pharmaciennes et les sage-femmes de l'humanité en prodiguant des soins aux individus malades ou âgés grâce à une pharmacopée complexe de plantes médicinales et aux méthodes millénaires transmises par leurs mères et leurs grands-mères (Achterberg 1990; Ehrenreich et English 1973). Or, plusieurs autrices telles que Jeanne Achterberg (1990), Barbara Ehrenreich et Deirdre English (1974), Silvia Federici (2004) et Monica Green (2008) ont documenté la persécution des femmes guérisseuses et la perte d'une connaissance empirique des plantes médicinales et des remèdes ayant permis l'émergence de la médecine professionnelle, dominée par les hommes, à partir du XII^e siècle.

La professionnalisation des sciences médicales au Moyen-Âge, portée par la priorisation de l'apprentissage institutionnalisé plutôt que par la tradition orale, est ainsi au

¹³ Traduction libre de l'anglais des propos des auteurs.

¹⁴ Traduction libre de l'anglais des propos des auteurs.

cœur du changement de paradigme entre le savoir médical ancestral féminin et la pratique contemporaine et masculine de la médecine (Green 4, 2008). En effet, au XII^e siècle, la médecine commença à être enseignée dans les facultés de médecine et les universités financées par l'Église, à une époque où les rôles de genre affectaient l'alphabétisation des femmes et leur accès à une éducation formelle (Green 2008, 8). Les soins prodigués par les femmes étaient ainsi décrédibilisés par les médecins lettrés¹⁵, marginalisant les soignantes et entraînant par ailleurs leur persécution (Achterberg 1990, 80; Saillant 1992, 95). Cette persécution des femmes guérisseuses par l'Église, légitimée par la publication en 1486 du *Malleus maleficarum*¹⁶ et portée par l'Inquisition, contribua à la stigmatisation de leur pratique des soins et à l'institutionnalisation d'une médecine par et pour les hommes (Ehrenreich et English 1973, 30). À l'époque des inquisitions des XV^e et XVI^e siècles, les femmes étaient ainsi accusées d'hérésie — voire de « sorcellerie » — et condamnées à être incarcérées, torturées, pendues, ou même immolées (Federici 2004, 144). Les motifs d'accusation des sorcières étaient multiples, allant de la perversité sexuelle à la guérison, et les sage-femmes et leurs connaissances de l'obstétrique étaient systématiquement ciblées par les persécutions des chasses aux sorcières européennes (Ehrenreich et English 1973, 34, 36). Leur connaissance des plantes médicinales, dont plusieurs telles que l'ergot ou la belladone figurent toujours dans la pharmacopée contemporaine de l'obstétrique, était considérée par l'Église comme profane et satanique et contraire aux méthodes de la médecine « moderne » et empirique des Lumières (Ehrenreich et English 1973, 38-39). Les chasses aux sorcières permettaient ainsi à l'Église de « [légitimer] officiellement le

¹⁵ Le masculin est ici utilisé puisque la pratique de la médecine était strictement réservée aux hommes à cette époque.

¹⁶ « Le marteau des sorcières », rédigé par les inquisiteurs dominicains Heinrich Kramer et Jacques Sprenger et publié en 1486, est l'ouvrage ayant légitimité et encadré la chasse aux sorcières en Europe.

professionnalisme en matière de médecine, dénonçant les pratiques médicales non-professionnelles comme étant de l'hérésie », et finalement d'exclure les femmes des pratiques médicales et des soins (Ehrenreich et English 1973, 49; Jefferson et al. 2015, 6; Saillant 1992, 95). Seule l'obstétrique demeura une profession presque exclusivement féminine jusqu'à son appropriation graduelle par la médecine masculine au XVIII^e siècle (Borst et Jones 2005, 23; Jefferson et al. 2015, 6). Selon Michel Foucault, c'est également vers la fin XVIII^e et au début du XIX^e siècle que le corps féminin « devient [une] chose médicale par excellence » (Mavrikakis 2009, 22).

Au cours des siècles suivants, les femmes assistèrent passivement à l'édification de la médecine moderne, étant formellement exclues des universités et interdites de pratiques, et ce jusqu'au XIX^e siècle (Valls-Llobet 2017, 121). En 1849, l'Américaine Elizabeth Blackwell devint la première femme diplômée d'un collège de médecine, à une époque où les femmes n'étaient pas considérées comme suffisamment intelligentes et robustes pour poursuivre des études universitaires (Borst et Jones 2005, 24; Bueter 2015, 522; Jefferson et al. 2015, 6). Blackwell aurait notamment décidé d'entreprendre des études de médecine afin de permettre aux femmes nécessitantes d'être auscultées et soignées par des médecins du même sexe avec pudeur et dignité (Borst et Jones 2005, 24). La conception dualiste des corps masculin et féminin du XIX^e siècle entraîna cependant l'émergence de pathologies exclusivement féminines, telles que l'hystérie ou l'anorexie nerveuse, et dont le diagnostic et le traitement furent particulièrement critiqués par l'éthique médicale contemporaine (Borst et Jones 2005, 24). La médecine contemporaine et son histoire sont conséquemment souillées par plusieurs épisodes de violence envers les femmes, dont un exemple notoire est le travail du docteur James Marion Sims, « père » de la gynécologie ayant expérimenté

sur plusieurs femmes noires en situation d'esclavage souffrant de fistules vésico-vaginales afin de perfectionner ses techniques opératoires (Wall 2006, 346). L'hystérie, maladie féminine du « système nerveux » expliquant la faiblesse physiologique et psychologique des femmes et liée à leurs organes reproducteurs, était également souvent traitée par la clitoridectomie, l'hystérectomie ou l'ovariectomie, soit l'ablation du clitoris, de l'utérus ou des ovaires (Bueter 2015, 522).

À partir du XX^e siècle, la médicalisation et la pathologisation du corps féminin et de ses phénomènes naturels, tels que la puberté, les menstruations, la fertilité, la grossesse, l'accouchement ou la ménopause, furent des enjeux au cœur des revendications des féministes de seconde vague, de même que les droits sexuels et reproductifs des femmes (Browner et Sargent 2005, 360; Bueter 2015, 524; Grigg et Kirkland 2016, 330; Valls-Llobet 2017, 121). Aujourd'hui, même si plus de 50% des médecins québécois sont des femmes (Université de Montréal 2018), celles-ci sont malgré tout exclues de la médecine contemporaine, bien que de façon différente. En effet, depuis le XX^e siècle, l'érosion des différences entre les individus de sexe féminin et masculin afin de créer un « patient générique » — succédant à la conception dualiste des corps du siècle précédent — contribua à l'exclusion des femmes des essais cliniques, dont les résultats des tests sur des sujets masculins étaient appliqués aux sujets féminins (Borst et Jones 2005, 25; Bueter 2015, 524; Holdcroft 2007, 2). Les facteurs ayant contribué — et contribuant toujours — aux essais cliniques non-genrés sont principalement le manque de financement des études ciblant spécifiquement la santé féminine et la prise de contraception hormonale par les femmes participant aux études qui pourrait potentiellement contribuer à la falsification des données recueillies (Holdcroft 2007, 2). Les essais cliniques ont ainsi tendance à rejeter la

participation des femmes à leurs études, et donc à ne pas considérer les effets spécifiques de certains médicaments ou l'expression de différentes pathologies sur leur corps, de même que leurs spécificités biologiques, cliniques, psychologiques et socioculturelles (Valls-Llobet 2017, 121). Les innovations médicales, les traitements, les médicaments et l'étude de certaines pathologies touchant autant les femmes que les hommes sont donc théorisés à partir du corps masculin, les participant·e·s aux recherches cliniques étant principalement des hommes (Bueter 2015, 524; Holdcroft 2007, 1). Cette exclusion a cependant des conséquences dangereuses pour les femmes et leur santé, tel que soulevé par plusieurs chercheur·e·s — par exemple, les femmes succomberaient plus souvent à des infarctus que les hommes, puisque les symptômes standardisés des malaises cardiaques chez ces derniers (douleur au bras gauche, serrement au niveau de la poitrine, etc.) ne s'appliquent pas nécessairement aux symptômes présentés par les femmes (douleur au cou et à la mâchoire, étourdissements, fatigue, etc.) (Bueter 2015, 525; Coventry et al. 2011, 489). L'infarctus serait donc diagnostiqué plus tardivement auprès de ces dernières que chez les hommes, entraînant un taux de mortalité différentiel plus élevé chez les femmes (Bueter 2015, 525; Coventry et al. 2011, 484). Aussi, plusieurs enjeux de santé associés au corps féminin, tels que l'endométriose, le cancer du col de l'utérus, le vaginisme, les fistules vaginales ou le syndrome inflammatoire pelvien ont tendance à être moins étudiés et diagnostiqués comparativement à certaines pathologies moins spécifiques aux femmes (Grigg et Kirkland 2016, 331).

Un exemple supplémentaire de cette exclusion systématique des femmes serait le développement des vaccins contre la COVID-19, arrivés sur le marché en 2021 et pour lesquels plusieurs effets secondaires ont été étudiés durant les essais cliniques, dont entre

autres une sensibilité et une enflure au bras post-vaccination, des maux de tête, des douleurs aux articulations, de la fièvre et de la fatigue (Male 2021). Or, les conséquences de la vaccination contre la COVID-19 sur les menstruations, alors qu'environ 50% de la population mondiale en font l'expérience, ont généralement été exclues des essais cliniques des différents vaccins nord-américains et européens commercialisés à l'échelle planétaire et administrés massivement au Québec et au Canada (Sharp et al. 2021, 1). En effet, environ une femme sur deux¹⁷ ayant préalablement eu des menstruations normales et régulières a rapporté des changements dans ses règles à la suite de la réception de sa première et/ou de sa seconde dose de vaccin (Laganà et al. 2022, 482). Ces irrégularités étaient variées, incluant sans s'y limiter un retard d'un à cinq jours avant l'arrivée des règles, des règles plus longues, plus fréquentes et plus abondantes, ainsi que des symptômes prémenstruels plus sévères (Laganà et al. 2022, 479; Sharp et al. 2021, 1). En 2021, 30 000 femmes auraient rapporté l'observation de changements et d'irrégularités durant leurs menstruations post-vaccination (Laganà et al. 2022, 482; Male 2021). Au Canada, aucun article scientifique ne semble pourtant s'intéresser spécifiquement à cet enjeu, alors que plusieurs articles de littérature grise rapportent l'expérience de femmes ayant remarqué des changements dans leurs menstruations à la suite de leur vaccination contre le virus (Simon 2021) (Tomulescu 2021). Une étude américaine menée par l'Université de l'Illinois et l'Université de Washington confirme cependant la corrélation entre la vaccination contre la COVID-19 et des changements au niveau des menstruations, notamment un retour des règles pour 71% des personnes utilisant un stérilet comme méthode contraceptive et 66%

¹⁷ Les femmes ne sont pas les seuls individus à faire l'expérience du cycle menstruel, mais l'étude citée ne spécifie pas si les individus ayant participé à l'étude incluent des personnes trans ou non-binaires faisant également l'expérience du cycle menstruel et des phénomènes s'y rapportant.

des personnes ménopausées ayant participé à l'étude (Lee et al. 2022, 1). Les spécificités du corps féminin et les effets secondaires de la vaccination sur celles-ci n'ont donc pas été étudiés lors des essais cliniques des différents types de vaccins développés — ou seulement a posteriori — la santé des femmes étant généralement exclue des recherches cliniques (Bueter 2015, 524; Sharp et al. 2021, 6).

Il est ainsi possible d'avancer que le paradigme biomédical occidental est généralement androcentré, et que le corps féminin et ses spécificités, telles que les menstruations ou l'accouchement, ont tendance à être pathologisés et médicalisés, voire ignorés (Harding 1997, 217). La biomédecine contemporaine ne semble donc pas adaptée aux réalités empiriques des femmes, ayant été pensée par et pour les hommes, et ce de façon historique et systématique — les femmes étant généralement exclues des études cliniques et médicales pouvant permettre de mieux comprendre l'expression de certaines maladies chez ces dernières ou d'intégrer leurs expériences aux procédures de soins de santé.

1.2. Les médecines complémentaires

Je rencontre Sarah-Maria un matin d'août 2020. Elle vient tout juste de revenir au travail après ses vacances d'été, et m'explique que notre entretien tombe à pic puisqu'il lui permettra de se « remettre dans le bain » après plusieurs semaines de repos. Sarah-Maria est HTA auprès de la Guilde des herboristes, organisme à but non-lucratif regroupant les professionnel·le·s de l'herboristerie traditionnelle au Québec et dont l'objectif est de préserver le droit à l'accès et à l'utilisation des plantes médicinales. La Guilde des herboristes inscrit l'autoguérison dans sa pratique en plus de promouvoir l'autonomie corporelle des personnes et de reconnaître leur droit à établir leur propre parcours

thérapeutique et à le faire respecter (Guildes des herboristes 2021). L'approche de Sarah-Maria semble donc s'appuyer sur ses principes, bien que sa pratique soit ancrée dans ses propres croyances à propos du corps et de la guérison. Sarah-Maria se revendique donc écoféministe, « l'oppression des femmes et l'oppression de la Terre [étant] liées et [participant] à la même structure oppressive » dit-elle, et établit un lien direct entre la santé des femmes et les cycles de la nature. Elle est posée et réfléchi alors qu'elle répond calmement à mes questions, évoquant des sujets variés tels que son rapport aux connaissances ancestrales des femmes s'étant perdues avec la professionnalisation de la médecine occidentale, les violences gynécologiques et obstétricales, les lacunes dans les connaissances des femmes au sujet de leur propre corps et de ses phénomènes biologiques naturels, etc.

Elle m'explique d'abord la différence entre une personne herboriste, soit un·e professionnel·elle travaillant avec les plantes, et un·e herboriste-thérapeute, qui est spécialisé·e dans l'accompagnement d'une personne ayant des problèmes de santé et souhaitant apprendre à les gérer avec des plantes médicinales. L'approche holistique de l'herboristerie utilise également la nutrition et l'hygiène de vie afin de considérer tous les aspects de la santé d'une personne dans l'objectif de prévenir, de guérir et de gérer au quotidien un enjeu de santé quelconque. L'approche (éco)féministe de Sarah-Maria, telle qu'elle me la décrit, s'oppose aussi à la biomédecine occidentale qu'elle associe au patriarcat et à différentes formes d'oppression des femmes :

Je travaille avec le corps pour que les femmes puissent avoir le choix de leur propre santé sexuelle et reproductive, mais également, pour moi, une approche féministe de la santé, c'est aussi de lutter contre les pratiques, les idéologies, les structures patriarcales et colonialistes de l'approche biomédicale de la santé actuelle.

C'est comme considérer que le corps médical possède la seule vérité et que

la patiente doit simplement suivre les directives et subir. Il y a aussi toute la violence obstétricale et gynécologique qui est perpétuée depuis les débuts de la médecine officielle, que ce soit à l'examen gynécologique, ou durant l'accouchement, ou dans la façon de concevoir ou traiter les pathologies gynécologiques. Donc, pour moi, c'est finalement l'approche biomédicale conventionnelle qui est non féministe.

Elle concède cependant que certaines approches biomédicales sont féministes, telle que celle du CSFM. Le libre-choix dans le parcours thérapeutique, en opposition au système biomédical conventionnel où le savoir médical est autoritaire et centralisé par le personnel soignant, permet selon elle d'atténuer la hiérarchie entre patient·e et soignant·e en reconnaissant les connaissances de la femme sur son propre corps, qui ne sont pas nécessairement dichotomiques à celles de la personne soignante, mais plutôt complémentaires. Sarah-Maria se positionne donc en partenaire de santé plutôt qu'en soignante occupant une position hiérarchique dont les connaissances seraient autoritaires et supérieures à celles de sa clientèle, approche qui est selon elle généralement la norme pour les médecines complémentaires.

Pour certain·e·s chercheur·e·s, les médecines complémentaires, aussi appelées « médecines douces » ou « médecines non-conventionnelles », regroupent toutes pratiques ne s'inscrivant pas dans le paradigme biomédical occidental, soit l'homéopathie, la naturopathie, l'herboristerie, la phytothérapie, l'ostéopathie, etc. (Ernst 2000, 1133). Ces médecines complémentaires intègrent également les traditions non-occidentales, telles que la médecine chinoise ou l'acupuncture, et leurs fondements se situent donc dans les méthodes traditionnelles ou ancestrales, occidentales ou non-occidentales (Ernst 2000, 1133). Les médecines complémentaires peuvent également être considérées comme toutes ressources, méthodes et pratiques de soins existant à l'extérieur du système de santé dominant d'une culture donnée et à une époque particulière (Ross 2012, 5). Le terme pluriel

« médecines complémentaires » est également privilégié afin de souligner la pluralité des pratiques complémentaires à la biomédecine (Ross 2012, 6).

Les médecines complémentaires s'opposent à la biomédecine et à ses dualités occidentales inhérentes — nature contre culture, esprit contre corps, etc. — en privilégiant une approche holiste du corps et des soins de santé (Scott 1998, 192). Elles critiquent également la « passivité, [...] l'ignorance et [...] l'impuissance » des femmes et des personnes racisées au sein du paradigme biomédical, et ce en incorporant les déterminants sociaux, culturels, politiques, économiques, historiques et émotionnels de la santé à leur pratique (Baer et al. 2012, 247; Scott 1998, 195). Une approche complémentaire des soins de santé est donc orientée vers la prévention plutôt que vers la guérison, et a pour objectif de renverser l'approche dichotomique de la biomédecine opposant l'esprit et le corps, la femme et l'homme (Scott 1998, 195). Les médecines complémentaires cherchent également à diminuer le déséquilibre de pouvoir entre les soignant·e·s et les patient·e·s, particulièrement marqué par la « dominance et [la] dépendance, [l]'intimité et [l]'autorité » dichotomiques de la biomédecine (Scott 1998, 197). Les médecines traditionnelles ont ainsi pour objectif de permettre l'agentivité des patient·e·s, et ce en réduisant le déséquilibre de pouvoir entre ces dernier·ère·s et les soignant·e·s (Ross 2012, 15). En effet, si la biomédecine est généralement caractérisée par la passivité des patient·e·s et l'autorité des soignant·e·s, les médecines non-conventionnelles cherchent quant à elles à réduire cet écart en favorisant une relation plus égalitaire entre ces individus (Ross 2012, 15). Il est cependant important de nuancer cette fausse dichotomie entre la biomédecine misogyne et les médecines complémentaires féministes. La biomédecine peut en effet être féministe, comme démontré par l'approche du CSFM, alors que les médecines

complémentaires peuvent quant à elle avoir tendance à essentialiser le corps et l'expérience des femmes en les associant à la nature, association ayant historiquement été critiquée par les féministes¹⁸ (Blum 1980, 94).

Les médecines complémentaires sont également caractérisées par le dualisme du *healing* et du *curing*, se traduisant tous les deux en « guérison » en français (Ross 2012, 20). Le *healing* est un processus thérapeutique considérant le corps et la maladie comme un tout, alors que l'approche plus pragmatique du *curing* cherche plutôt à éliminer la maladie de façon permanente et spécifique (Ross 2012, 20; Saillant 1991, 19). Le *healing* cherche ainsi à rétablir l'équilibre psychologique, social, spirituel et émotionnel du patient, alors que le *curing* cherche simplement à faire revenir le corps à son état initial, sans tenir compte des changements inférés par la malade (Ross 2012, 20). Si plusieurs études en anthropologie se consacrent uniquement aux spécificités culturelles de certaines médecines complémentaires, telles que la naturopathie ou la médecine chinoise, d'autres analysent plutôt les rapports de pouvoir entre soignant·e·s et patient·e·s, les différents parcours thérapeutiques et de guérison, ou encore la conception du corps et de la maladie généralement partagée par les médecines alternatives.

2. L'approche féministe en SSR

Au sein de l'anthropologie médicale, la perspective féministe cherche notamment à « défier la domination institutionnelle masculine persistante dans le domaine de la reproduction et [relative] aux patients de sexe féminin » (Browner et Sargent 2005, 358). Une approche féministe de la biomédecine cherche ainsi à démedicaliser le corps féminin,

¹⁸ Voir le chapitre III à propos de l'essentialisation du corps et des fonctions reproductives des femmes.

en rompant notamment avec la conception biomédicale du corps comme une addition de « parties » sur lequel le contexte social, économique, politique, spirituel ou psychologique n'a aucune incidence (Purdy 2001, 260). Le mouvement américain *Our Bodies, Ourselves* — initiative américaine des années 1970 permettant aux femmes de s'informer sur leur SSR et de partager leurs frustrations et leurs expériences de la médecine contemporaine — est le précurseur de la critique féministe de la biomédecine, dénonçant la médicalisation et la pathologisation du corps féminin et le manque d'agentivité des femmes au sein du paradigme biomédical (Gaucher et al. 2002, 144; *Our Bodies, Ourselves* 2021; Rapp 2001, 467). L'initiative critiquait également le manque d'inclusion des femmes âgées, racisées, grosses, en situation de handicap et membres de la communauté LGBTQ2+, et les discriminations vécues par ces dernières en contexte médical (Diskin et al. 1999; *Our Bodies, Ourselves* 2021). Le *Women's Health Movement* (WHM) américain, encouragé par l'initiative du *Boston Women's Health Collective*, a également dénoncé l'androcentrisme de la médecine conventionnelle occidentale dès les années 1970 (Bueter 2015, 524; Gaucher et al. 2002, 144). Le WHM, dont l'objectif était d'encourager les femmes américaines à reprendre le contrôle de leur corps et de leur santé, soulignait la façon dont des troubles exclusivement féminins telles que les douleurs menstruelles ou les nausées de grossesse étaient considérés comme des réactions psychosomatiques et hypocondriaques des femmes en raison de leur nature « faible » et hystérique (Bueter 2015, 525).

Une approche féministe de la biomédecine permet donc la considération de l'intersectionnalité des expériences des femmes dans leurs trajectoires thérapeutiques, tout en reconnaissant les différents déterminants sociaux exerçant une influence sur leur santé

(Gaucher et al. 2002, 145; Mimeault 2008, 6). Cette approche s'inscrit également dans le cadre théorique de la bioéthique, l'intégration d'une approche féministe aux soins de santé biomédicaux reposant sur le principe du consentement libre et éclairé et de l'autonomie des femmes (Mimeault 2008, 7). L'approche bioéthique étudie notamment les trajectoires de domination et d'oppression de même que le pouvoir et le privilège, qui sont des enjeux se retrouvant au sein des critiques féministes de la biomédecine (Sherwin 1999, 11). La bioéthique féministe critique également la façon aliénante dont le corps et la maladie sont considérés comme indissociables par la biomédecine, ainsi que la relation de pouvoir existant entre le savoir « expert » du ou de la médecin et l'ignorance et la passivité des patient·e·s (Sherwin 1999, 13). La catégorie de « patient·e » est également contestée par la bioéthique féministe, notamment pour son sens métaphorique suggérant la passivité et la dépendance des individus (Sherwin 1999, 16). La promotion de l'auto-santé permettrait également aux femmes de s'approprier leur démarche thérapeutique en encourageant par exemple une relation plus égalitaire entre les patient·e·s et les soignant·e·s par la communication et la collaboration, et en favorisant l'implication active des patient·e·s au sein de leur cheminement thérapeutique (Sherwin 1999, 15; Mimeault 2008, 7). Il est cependant important de souligner la façon dont l'auto-santé pourrait également désavantager certaines femmes, notamment les femmes pauvres, en raison des obstacles intersectionnels ayant une incidence sur leur santé et leur capacité à s'auto-soigner par manque de ressources matérielles et financières — comme mentionné dans le chapitre précédent. Le recours aux médecines complémentaires est également encouragé par une approche féministe de la biomédecine afin de rompre avec le paradigme biomédical

androcentré, bien que l'approche féministe puisse également être intégrée à la biomédecine, comme démontré par le CSFM (Mimeault 2008, 7).

L'approche féministe en SSR a ainsi pour objectif de démedicaliser la santé et le corps des femmes. Pour se faire, la capacité d'agir de ces dernières, et donc leur pouvoir d'agir sur leur santé et leur cheminement thérapeutique, est favorisé afin d'encourager la prise de décisions adaptées à leurs besoins et à leurs expériences. Cette agentivité au sein de leur parcours thérapeutique mène à leur autonomisation, soit à un état général de *powerfulness*. L'articulation entre l'agentivité, l'autonomisation et la (dé)medicalisation sera donc explorée de façon plus spécifique dans le prochain chapitre.

CHAPITRE II

(DÉ)MÉDICALISATION, AUTONOMISATION ET AGENTIVITÉ : LA PRISE DE POUVOIR DES FEMMES SUR LEUR SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Un matin de mars, alors que je travaille à la transcription de mes entretiens, café à la main, je remarque une annonce publiée par le CSFM sur leurs réseaux sociaux afin de recruter des volontaires pour former des professionnel·le·s de la santé à l'examen gynécologique féministe. Mon intérêt est tout de suite piqué au vif. Je suis inscrite au Guichet d'accès à un médecin de famille de la RAMQ depuis plus de trois ans, et aucun·e médecin ne m'a encore été assigné·e. Ma prescription de contraceptifs oraux est échue, et je dois donc obtenir un rendez-vous dans une clinique au plus vite afin de ne pas interrompre ma médication. Il est justement précisé dans l'annonce de recrutement du CSFM que toute personne se portant volontaire aura l'opportunité d'ouvrir un dossier au centre, ce qui je le sais est difficile depuis le début de la pandémie puisque le centre n'accepte plus de nouveaux dossiers hormis pour les personnes référées par un organisme pour une IVG. Je pense donc qu'il serait intéressant et rassurant d'avoir un dossier dans une clinique féministe afin de pouvoir gérer ma SSR, et d'avoir un endroit où poser mes questions et discuter de mes inquiétudes sans devoir passer par le système de santé publique. Je me dis également qu'il s'agit d'une opportunité inattendue dans le cadre de ma recherche de terrain — n'ayant pas pu recruter des personnes ayant fait l'expérience de l'approche féministe en SSR, je pourrais l'expérimenter moi-même. Je contacte donc le CSFM afin de me porter volontaire.

La veille du rendez-vous, on m'informe que la formation sera finalement annulée, mais qu'on m'offre malgré tout l'opportunité d'ouvrir un dossier et d'obtenir une

consultation gynécologique. Je me présente donc au CSFM un matin pluvieux de mars, où on m'accueille plutôt froidement — peut-être en raison de l'heure matinale, ou bien de cette fin d'hiver peu clémente. La clinique est presque vide. Une jeune femme et un jeune homme sont déjà assis dans la salle d'attente à mon arrivée, avant qu'une travailleuse du centre ne vienne les chercher pour les guider au sous-sol, où ont lieu les IVG. La jeune femme essuie ses larmes alors que son partenaire lui enserme les épaules, le vieux plancher de bois craquant sous leurs pas alors qu'ils suivent l'infirmière.

On m'offre un stylo et une planche sur laquelle est épinglée un formulaire devant être obligatoirement être rempli afin d'ouvrir un nouveau dossier. Je m'installe donc dans la salle d'attente, qui n'a pas changé depuis ma visite du centre en novembre dernier. Le formulaire a pour objectif de décrire mon expérience sexuelle et reproductive ainsi que mon état de santé général, de même que mes antécédents familiaux. Je m'applique afin de répondre avec précision à toutes les questions : ma contraception hormonale qui provoque des migraines, les kystes ovariens de ma mère, la date de mon dernier dépistage, etc. Une fois le formulaire rempli, je le rapporte à l'accueil, puis retourne m'asseoir en attendant que la travailleuse responsable de ma consultation vienne me chercher.

Quelques minutes plus tard, une voix douce et familière appelle mon nom dans la salle d'attente. Il s'agit d'Olivia, que j'avais auparavant rencontrée durant notre entretien téléphonique quelques mois plus tôt. Jeune infirmière travaillant au CSFM depuis quelques mois et pratiquant son métier depuis cinq ans, Olivia a d'abord amorcé sa carrière en salle d'accouchement au Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine de Montréal, avant de quitter pour le Nord du Québec afin de travailler auprès des communautés autochtones inuites et criées d'Eeyou Istchee. Elle est ensuite revenue dans la métropole

avec le désir de continuer à offrir des soins de proximité à ses patient·e·s, et s'est donc tournée vers le CSFM afin de combler ce qu'elle considérait comme une lacune des grands centres hospitaliers de la province, où les relations entre patient·e·s et soignant·e·s étaient selon elle plus superficielles. Douce et pleine de retenue, Olivia semblait gênée par son manque d'expérience durant notre entretien. Une complicité, peut-être induite par nos âges similaires, s'était néanmoins très vite établie durant notre conversation, et celle-ci semble donc ravie de me revoir au CSFM — le plaisir étant bien sûr partagé. Après nos salutations enjouées, elle me demande gentiment si je suis à l'aise qu'elle soit l'infirmière responsable de ma consultation. Ayant terminé de transcrire son entretien la veille, je lui réponds que sa présence est plutôt rassurante, puisque pour moi notre complicité d'il y a quelques mois est toujours vive. Nous entrons donc dans la salle de consultation attenante au comptoir d'accueil, et elle ferme la porte derrière nous avant de s'installer derrière un bureau étroit sur lequel est posé un ordinateur. Nous discutons de tout et de rien pendant qu'elle inscrit rapidement quelques informations de mon formulaire dans mon dossier informatique, la complicité que nous avons développée durant notre entretien teintant encore une fois notre échange. Je lui pose des questions au sujet de ma contraception hormonale, qui provoque des migraines tenaces qui me font souffrir pendant plusieurs jours à chaque cycle menstruel. Elle m'écoute patiemment sans interruption, sauf pour demander quelques précisions. Elle m'informe que les migraines ne sont pas une contre-indication aux contraceptifs hormonaux, et me demande si j'ai déjà envisager une autre option de contraception. Je lui avoue que je connais un peu les stérilets, mais que les nombreux témoignages de complication publiés sur les réseaux sociaux m'inquiètent, et ce malgré les expériences positives de mon entourage. Elle me demande ensuite si je connais d'autres

options de contraception, avec ou sans hormones, qui pourraient m'accommoder. Malgré les recherches associées à ma thèse, mes entretiens avec les travailleuses du CSFM et mes connaissances personnelles que je croyais extensives sur la SSR, je lui avoue que j'en connais assez peu sur les autres méthodes de contraception offertes aux femmes. À partir de mes connaissances et de ce que je lui ai confié au sujet de mes préférences, Olivia me propose donc l'implant contraceptif, que je ne connais pas. Elle se lève et va chercher dans une armoire de la salle de consultation un panier qu'elle ramène au bureau et pose devant moi. Le panier contient toutes les méthodes contraceptives pouvant être discutées avec les femmes au centre — des condoms, des plaquettes de pilules contraceptives, des capes cervicales, des stérilets de cuivre et de plastique, des anneaux contraceptifs, etc. Il s'agit des mêmes objets que Marianne m'avait présentés durant ma visite du centre quelques mois plus tôt. Elle m'explique donc la structure et le fonctionnement des stérilets, et les insère dans une reproduction anatomique d'utérus afin de m'en expliquer l'installation. Elle me montre ensuite un implant contraceptif, me laisse le manipuler, m'en décrit l'installation et le retrait, de même que son fonctionnement hormonal et contraceptif dans le corps. Elle pose ensuite devant moi une reproduction anatomique de l'intérieur d'un bras humain, où l'implant est installé, me permettant de voir et de toucher l'implant et son emplacement potentiel dans mon propre corps.

Durant la consultation, j'apprécie particulièrement qu'elle me demande quelles sont mes connaissances au sujet des différentes méthodes de contraception et lesquelles m'intéressent avant de me les expliquer. L'anneau, les injections et le timbre contraceptifs n'étant pas des options appropriées pour moi, elle ne me les propose et ne m'en parle pas pour plutôt se concentrer sur les stérilets et l'implant contraceptif, puisque ce sont des

options qui m'intéressent. Comme je lui avoue ne pas les connaître parfaitement, elle prend le temps de me décrire chacune de ces options et de m'en donner des exemples concrets pour me permettre de mieux comprendre. J'apprécie également sa douceur et son ouverture devant mes questions et mes insécurités, mais surtout le fait que je n'ai pas été forcée de prendre une décision rapide au sujet de ma contraception, qui a pourtant un impact important sur mon corps et ma santé, après avoir été confrontée à plusieurs choix. Elle renouvelle donc ma prescription de contraceptifs oraux, en plus de me prescrire le stérilet de cuivre, plus adapté à mes migraines, et l'implant, qui me semblait également une bonne option. Olivia m'offre ainsi la possibilité de réfléchir à mes options, d'en discuter avec mon conjoint et mes amies, et d'ensuite prendre une décision éclairée pour une contraception adaptée à mes besoins et à mon corps. Ces prescriptions sont ensuite transmises à ma pharmacie, où je pourrai ensuite me rendre afin de me procurer la méthode contraceptive que j'aurai choisie et au moment où j'en aurai besoin.

J'avais auparavant visité une clinique jeunesse de ma région afin d'obtenir une prescription de contraception. J'avais dix-neuf ans, et j'en connaissais très peu au sujet de la contraception — mes connaissances à ce sujet se limitaient à la pilule contraceptive, puisque c'était la méthode choisie et discutée par mes amies. À la clinique, la médecin m'avait posé des questions sur la régularité de mon cycle menstruel et sur mes symptômes, et m'avait prescrit un contraceptif oral qui semblait correspondre à mes besoins après une consultation d'une quinzaine de minutes. Elle ne s'était pas informée de mes connaissances générales sur la contraception outre la contraception hormonale orale, et ne m'avait donc pas proposé d'options alternatives. J'ai donc continué à prendre la même pilule contraceptive tous les jours et à endurer des maux de ventre et de dos, des sautes d'humeur

et des migraines durant des années parce que je ne connaissais pas d'autres options de contraception qui auraient pu mieux correspondre à mes besoins, et qu'on ne m'avait jamais laissé la possibilité de choisir une option alternative. Mon expérience au CSFM avec Olivia était donc complètement différente de ce que j'avais vécu auparavant. À la clinique jeunesse, la médecin semblait pressée et peu encline à répondre à mes questions, et malgré deux autres consultations avec elle et en toute connaissance des effets secondaires associés à ma pilule contraceptive, jamais elle ne m'avait offert d'autres options. Durant les trente minutes de ma consultation avec Olivia, elle a écouté mes craintes, mes doutes et mes insécurités, m'a proposé différentes options à partir de celles-ci, et m'a donné le pouvoir de choisir ce qui me convenait le mieux au moment où j'en aurais envie, sans avoir à précipiter ma décision.

La comparaison de mon expérience à la clinique jeunesse et au CSFM a donc permis d'identifier un élément sur lequel l'approche conventionnelle et l'approche féministe en SSR divergent — le partage des connaissances. À la clinique jeunesse, on a assumé que mes connaissances étaient suffisantes afin de faire un choix entre quelques contraceptions hormonales orales différentes, et ce sans m'offrir d'autres options sur lesquelles on m'aurait éduquée si je ne les connaissais pas préalablement. Au CSFM, on m'a expliqué qu'elles étaient mes différentes options à partir de mes connaissances à leur sujet, et on m'a offert un choix comportant plusieurs options de contraception différentes en assumant que j'étais experte de mes propres expériences, et donc apte à faire ce choix. La majorité des femmes n'ont cependant pas nécessairement accès à une consultation comme celle dont j'ai fait l'expérience avec Olivia. Celles-ci n'ont pas nécessairement la possibilité d'exercer un choix comportant des options de contraception variées et à propos

desquelles elles ont suffisamment de connaissances. Or, ces connaissances au sujet de la SSR sont essentielles afin de permettre l'appropriation du cheminement thérapeutique, et donc d'exercer son agentivité et d'être autonomisé·e·s, comme discuté précédemment dans l'introduction de la thèse. Le manque de connaissances des femmes — et dans une certaine mesure du personnel soignant, tel qu'il le sera démontré dans les prochaines pages — au sujet de leur corps et de son fonctionnement pourrait donc nuire à leur agentivité et à leur autonomisation en SSR.

Les prochaines pages auront ainsi pour objectif de démontrer la façon dont la relation entre patient·e·s et soignant·e·s peut avoir une incidence sur l'agentivité et sur le processus d'autonomisation des femmes en SSR. À cet effet, les actions entreprises par les travailleuses du CSFM et par l'HTA afin de favoriser l'agentivité et l'autonomisation et réduire la hiérarchisation entre elles-mêmes et leur clientèle respective seront explorées. La pertinence de l'éducation comme outil d'agentivité et d'autonomisation ainsi que la valorisation du consentement seront également analysées afin de comprendre la façon dont celles-ci pourraient contribuer ou non à l'autonomisation des femmes. Les mesures mises en œuvre par le CSFM et Sarah-Maria afin de démedicaliser leur approche féministe des soins en SSR seront finalement étudiées.

1. L'autonomisation et l'agentivité des femmes en SSR

1.1. La relation entre patient·e·s et soignant·e·s : la validation de l'expérience et de l'agentivité des femmes en SSRF

La subordination des patient·e·s à l'autorité des personnes soignantes est l'une des caractéristiques de la (sur)médicalisation de la biomédecine, et donc de la SSR des femmes, et de leur manque d'agentivité et d'autonomisation au sein de leur cheminement

thérapeutique. Au CSFM, l'objectif de l'approche féministe est donc de réduire au maximum cette relation de pouvoir entre femmes et travailleuses, tel que me l'explique Geneviève, infirmière au centre, lors de notre entretien. Geneviève, tout comme Marianne, est issue du milieu de l'intervention communautaire, plus spécifiquement auprès des personnes dépendantes aux opiacés. Mi-quarantaine, infirmière depuis plus de quinze ans et forte de plusieurs années d'expérience en intervention psychosociale, elle arrive il y a quatre ans au CSFM avec l'envie de retrouver les techniques médicales de sa profession. À la fois posée et énergique, je la rencontre un matin au téléphone dans le cadre de notre entretien. Elle insiste tout de suite pour être tutoyée, et s'ensuit une conversation décontractée durant laquelle nous abordons des sujets variés, allant de la ménopause aux lacunes du système de la santé, et ponctuées d'éclats de rire. Elle m'explique notamment qu'au CSFM, les travailleuses ne s'imposent pas comme des expertes face aux femmes qu'elles reçoivent, mais plutôt en partenaires au sein du cheminement thérapeutique de ces dernières, « parce que je ne me sens pas experte du tout et c'est quelque chose qu'on tient vraiment à faire dans une approche féministe, de ne jamais se présenter en experte, mais plutôt en partenaire ». Durant les consultations, Geneviève préfère donc accompagner les femmes plutôt que de leur imposer des choix qui ne pourraient pas correspondre à leurs besoins ou à leurs réalités intersectionnelles :

Au centre, j'ai appris à parler de la santé plus en partenaire dans la santé des femmes plutôt qu'en professionnelle de la santé. [...] Donc, c'est vraiment de donner l'information, puis d'accompagner la femme dans ses choix, de l'aider à s'approprier son corps et à prendre ses décisions elle-même, mais aussi de l'aider à trouver les bonnes informations pour qu'elle-même puisse être la personne qui choisisse plutôt que de se faire imposer des [décisions]. C'est dans une approche du respect des expériences antérieures et de prendre chaque femme dans son individualité, mais pas de façon [générique] ».

Durant les consultations, Geneviève se positionne ainsi en partenaire de santé et laisse la femme gérer le déroulement de la consultation selon ses besoins, ce qui diffère des consultations médicales conventionnelles — ou à tout le moins celles que j'ai vécues auparavant en clinique conventionnelle — permettant d'octroyer un certain pouvoir aux femmes :

Quand je vais rencontrer une femme qui va venir pour plusieurs choses, je vais lui demander par quoi est-ce qu'elle veut commencer. Est-ce qu'elle veut que je fasse des prélèvements sanguins, ou aime-t-elle mieux commencer par l'examen gynécologique?

À la suite de mon entretien avec Geneviève, j'ai également eu l'opportunité de m'entretenir de façon plus formelle avec Marianne lors d'un entretien durant lequel elle pétillait d'énergie, les mots de la jeune trentenaire se bousculant dans sa bouche tant elle était passionnée par son travail et enthousiasmée par mes questions sur le centre et sa vocation. La complicité que nous avons développée au cours des semaines précédentes afin d'identifier mes besoins et d'organiser les entretiens était palpable, et la conversation était joviale et plaisante. Elle me partage volontiers son expérience en tant que travailleuse et ses opinions professionnelles sur la SSR ainsi que sur l'approche féministe du centre. Ses propos soutiennent ceux de Geneviève au sujet de l'autonomisation des femmes visitant le centre et du déroulement des consultations, durant lesquelles l'expérience et le savoir de celles-ci sont honorés plutôt que décrédibilisés :

Dans notre approche, nous n'avons pas la science infuse. [Elle] est [ancrée] dans le respect des connaissances de la personne et de ses choix. Donc, nous sommes là pour leur offrir de l'information si la personne le désire, l'accompagner si c'est ce qu'elle désire aussi. Par exemple, pour les rencontres pré-avortement, nous offrons à la femme de parler de contraception. Si la personne nous dit oui, alors nous allons évaluer avec elle quel type de contraception serait la plus appropriée selon ses préférences et son mode de vie, alors si la femme nous dit non, nous ne parlerons pas de contraception. Ce n'est pas partout comme ça dans les cliniques ni dans les centres hospitaliers dans le *counseling* de pré-avortement, mais pour nous c'est comme une évidence que la femme est experte de sa vie et de son expérience.

Dans sa pratique de l'herboristerie, Sarah-Maria s'efforce aussi de privilégier l'expérience individuelle de sa clientèle afin d'adapter ses traitements à leurs besoins, tout en se positionnant également en partenaire de santé :

Mon but, c'est de favoriser l'autonomie. Parfois, je leur demande ce qu'elles en pensent, si ça fait du sens ce que je leur donne... Mes consultations prennent une heure. Après ça, je leur fais une suggestion de soins. C'est une *suggestion* de soins que je leur envoie par courriel. Si elles ont des questions ou elles ont des inconforts, je les encourage à me les exprimer, et j'adapte la suggestion de soins en conséquence. Je leur explique ensuite chaque [traitement] et pourquoi je le leur suggère lors du suivi.

Ainsi, à l'instar des travailleuses du CSFM, Sarah-Maria s'assure d'expliquer adéquatement les motivations et les fonctions des traitements prescrits, en plus d'offrir des options variées et un choix éclairé à sa clientèle. La possibilité de pouvoir exercer un choix respectant ses capacités, ses expériences et son mode de vie dans le cadre du traitement thérapeutique pourrait ainsi permettre l'agentivité, et ultimement l'autonomisation des femmes en SSR selon une approche féministe.

La biomédecine ayant été théorisée et institutionnalisée durant l'industrialisation massive de l'Europe, la machine a été adoptée comme métaphore ultime du corps humain, sous-tendant ainsi la vision biomédicale des parties du corps comme distinctes et remplaçables (Gaines et Davis-Floyd 2004, 98; Lock 2004, 116). Cette vision du corps humain comme une collection de « parties » a donc encouragé le traitement des patient·e·s comme un objet, ces dernier·ère·s étant considéré·e·s comme fondamentalement passif·ive·s face au savoir autoritaire des soignant·e·s (Gaines et Davis-Floyd 2004, 98). L'enjeu principal en biomédecine n'est donc pas le bien-être des patient·e·s, mais plutôt le bon fonctionnement du corps, et spécifiquement du corps malade tel que construit et catégorisé par la discipline (Hahn et Kleinman 1983, 312). La maladie a également tendance à être considérée comme naturelle et inévitable par la biomédecine, alors qu'en

anthropologie de la santé, elle est plutôt considérée comme un produit social (Hahn et Kleinman 1983, 131). La classe socio-économique, le statut migratoire, l'ethnie, le genre ou l'orientation sexuelle exercent une influence significative sur la santé et les maux des individus, ce que la biomédecine ne reconnaît pas dans son diagnostic et son traitement de la maladie (Hahn et Kleinman 1983, 313). L'ignorance de ces facteurs accentue la (sur)médicalisation et la (sur)médication de certains enjeux de santé physique et psychologique, tout en perpétuant la relation hiérarchique entre le savoir autoritaire et l'agentivité des soignant·e·s et le savoir profane et la passivité des patient·e·s.

Les travailleuses du CSFM et Sarah-Maria s'efforcent donc de réduire au maximum la hiérarchie entre patient·e·s et soignant·e·s en accordant une importance égale au savoir et à l'expérience de leur clientèle et en se positionnant en partenaires de santé plutôt qu'en soignantes autoritaires. Le savoir des patient·e·s est considéré comme aussi valide que celui des soignant·e·s, et est donc valorisé par l'approche féministe en SSR du CSFM et de l'herboristerie thérapeutique. Or, afin d'être en mesure de prendre une décision juste et éclairée à propos de leur SSR, les femmes doivent être en possession de suffisamment d'information au sujet de leur corps, de leur santé et de la SSR — et dans une certaine mesure de la pathologie et de son traitement. Ces éléments sont essentiels afin que les femmes soient en mesure d'exercer leur agentivité et de s'approprier leur cheminement thérapeutique, dont elles sont autrement dépossédées (Mooney et Ryan 1993, 129). L'approche féministe du CSFM et de Sarah-Maria a donc aussi pour objectif, tel qu'expliqué dans la prochaine section, de favoriser l'éducation de leur clientèle respective afin d'encourager leur agentivité, et ultimement de favoriser leur autonomisation.

1.2. L'éducation comme outil d'agentivité et d'autonomisation

Lors de ma consultation avec Olivia, et après avoir longuement discuté de ma contraception, elle me demande quelles sont mes attentes par rapport à mon examen gynécologique entre un dépistage d'ITSS complet — soit le prélèvement de sang et/ou d'urine — ou partiel — soit le prélèvement de sécrétions ou de cellules du vagin, du col de l'utérus ou autre. Comme je suis en couple monogame avec le même partenaire depuis plusieurs années, je lui assure que seul le test Pap sera nécessaire, mon dernier remontant déjà à quelques années. Olivia respecte ainsi ma décision et n'insiste pas sur la nécessité du dépistage, contrairement à ce que j'avais auparavant expérimenté en clinique jeunesse, où on m'avait imposé un dépistage même si je me savais non-porteuse d'une ITSS. Elle quitte ensuite la pièce après m'avoir invitée à me déshabiller et à m'installer sur la table d'examen couverte de papier stérile, à me recouvrir d'une couverture, et à poser mes pieds dans les étriers. La procédure est jusqu'à maintenant assez semblable à celle que j'avais expérimentée en clinique jeunesse, mais la douceur et la patience d'Olivia, notre conversation ouverte et honnête quelques minutes avant l'examen, ainsi que la couverture qui me couvre le bas du corps plutôt que l'habituelle serviette de papier stérile fournie en clinique médicale conventionnelle contribuent à rendre l'expérience moins stressante et désagréable. Une fois installée, Olivia revient dans la salle d'examen, s'assoit devant moi et prépare ses instruments. Elle me décrit comment se déroulera l'examen, puis m'annonce qu'elle commence la procédure en posant d'abord délicatement sa main à l'intérieur de ma cuisse, plutôt que d'insérer directement le spéculum sans me prévenir. Elle procède ensuite au test Pap, puis me demande doucement si j'aimerais voir mon col de l'utérus. Curieuse, j'accepte volontiers, et elle m'invite à me redresser afin de pouvoir observer une partie de

mon anatomie que je n'avais jamais vue auparavant. Je suis surprise par l'apparence de mon corps alors qu'Olivia m'en explique l'anatomie, et j'apprécie profondément son offre de m'en apprendre davantage sur ce dernier et son fonctionnement. Jamais un·e médecin ou un·e infirmier·ère ne m'avait auparavant proposé d'en apprendre davantage sur l'anatomie de mon système reproducteur, et je déplore que la majorité des femmes, n'ayant pas accès à des soins tels que ceux offerts par le CSFM, n'aient pas accès à cette opportunité. Malheureusement, l'éducation sexuelle actuellement fournie dans les écoles primaires et secondaires ne permet pas d'accumuler des connaissances aussi précises et uniques à propos de l'anatomie féminine, et les connaissances des femmes au sujet de leur corps ont donc tendance à être incomplètes, comme souligné à maintes reprises par les travailleuses du CSFM.

L'éducation à la sexualité est donc essentielle à l'agentivité puisque, tel que mentionné précédemment, il est difficile, voire impossible pour les individus de s'approprier leur cheminement thérapeutique en prenant des décisions éclairées et adéquates sans préalablement posséder les connaissances nécessaires. Geneviève et Sarah-Maria me confient d'ailleurs toutes les deux durant leur entretien respectif que le manque d'éducation des femmes au sujet de leur SSR est un obstacle à leur autonomisation. Ces lacunes de connaissances concernent tous les aspects de la SSR féminine selon Geneviève, de la contraception à l'anatomie: « Je me rends compte, avec les femmes de tous âges et de toutes origines, qu'il y a beaucoup de lacunes au point de vue de la compréhension du cycle menstruel, de la période de fertilité, des variations hormonales, etc. ». Elle spécifie aussi que ces lacunes concernent tous les niveaux de l'éducation sexuelle, y compris la fertilité et la contraception, et ce même dans le contexte de la clinique d'avortement du

CSFM où les femmes sont enceintes. « C'est incroyable que ce ne soit pas quelque chose que les femmes connaissent et c'est tellement important. Ça fait tellement partie de nos vies », relève Geneviève. Selon Sarah-Maria, le manque d'éducation sexuelle dans les écoles primaires et secondaires pourrait être la cause de ces lacunes de connaissances :

Dans les écoles, on apprend seulement la méthode de la pilule et du condom [pour la contraception]. Les femmes n'ont pas appris à suivre leur cycle. Déjà, si on pouvait enseigner aux jeunes filles à suivre leur cycle, à comprendre les symptômes, à comprendre les hormones... Cette éducation pourrait être faite par des travailleuses sociales, par des infirmières qui enseigneraient aux femmes à suivre leur cycle. C'est ça redonner du pouvoir aux femmes.

Selon Sarah-Maria, certains phénomènes biologiques du corps féminin ont également tendance à être surmédicalisés, notamment les menstruations et leur suivi. Elle déplore que la majorité des femmes de sa clientèle reconnaissent prendre la pilule contraceptive faute de connaître d'autres méthodes contraceptives pouvant potentiellement mieux correspondre à leurs besoins et à leur mode de vie. Sarah-Maria tente donc d'encourager des méthodes de contraception moins médicalisées et médicalisantes, par exemple par le suivi du cycle menstruel et de la période d'ovulation par symptothermie¹⁹. Sarah-Maria mentionne l'existence de l'organisme communautaire Serena Québec dont la mission est d'accompagner les femmes choisissant de gérer leur fertilité de façon alternative et de promouvoir la méthode de la symptothermie. Durant ses consultations, Sarah-Maria tente également d'éduquer sa clientèle afin de favoriser leur « autonomie gynécologique » pour que les femmes puissent être indépendantes au sujet de leur SSR, notamment en les instruisant au sujet des propriétés des plantes. « C'est parce que je trouve ça important qu'elles sachent ce qu'elles prennent, puis qu'elles puissent choisir en toute

¹⁹ Méthode de gestion de la fertilité naturelle basée sur l'observation et l'interprétation de critères de fertilité tels que la mesure de la température corporelle interne, l'observation de la glaire cervicale et le positionnement du col de l'utérus par palpation.

connaissance de cause », souligne-t-elle. Sarah-Maria m'explique qu'elle demande un engagement de trois consultations à sa clientèle afin de pouvoir fournir un service personnalisé et complet et de pouvoir expliquer convenablement les propriétés des plantes, leur fonctionnement et leurs utilités afin que les femmes comprennent la pertinence du traitement. Son objectif est donc d'encourager l'agentivité des femmes en leur transmettant les connaissances nécessaires à leur indépendance thérapeutique : « Après leur suivi avec moi, elles savent qu'elles peuvent continuer [seules]. Elles peuvent utiliser les plantes de base. Elles savent quoi faire, et si elles ont un plus gros problème, elles reviennent un an, deux ans plus tard ». L'agentivité des femmes au sein de leur cheminement thérapeutique permet également leur autonomisation, puisque « [par elles-mêmes], en prenant certaines plantes et en mangeant d'une certaine façon, [elles] sont capables d'avoir le contrôle sur leur corps [et] sur leur vie », leur permettant ainsi une « certaine liberté de choix [et le sentiment] de savoir [qu'elles] ne sont pas soumises à l'autorité de n'importe qui décidant pour [elles] ».

Pour Sarah-Maria, éduquer sa clientèle au sujet de leur SSR est donc nécessaire à leur autonomisation, et elle offre ainsi deux formations sur la SSR féminine à sa clientèle. D'abord, *Libre, fertile et autonome* cible la santé des femmes de façon holistique avant d'enseigner le fonctionnement du corps et les plantes pouvant être utiles afin de le soutenir, de la puberté à la ménopause. La formation s'adresse également autant aux femmes qu'aux professionnel·elle·s des médecines complémentaires. La formation *Rythmes féminins* a quant à elle pour objectif « l'empuissancement » des femmes à travers la connaissance de leur corps et leur connexion « au sacré ». Il s'agit donc d'une formation multidisciplinaire unissant les théories de l'anthropologie, de l'histoire, de l'écoféminisme, de l'herboristerie

et de la médecine à l'expérience rituelle et spirituelle collective. Sarah-Maria offre également des conférences auprès d'institutions, de groupes féministes et de centres de femmes au sujet des menstruations, de la ménopause, du syndrome des ovaires polykystiques ou de l'endométriose, en plus d'offrir des ateliers sur l'historique des chasses aux sorcières — auxquelles les approches complémentaires de la santé féminine sont parfois associées, dont celle de Sarah-Maria — ainsi que sur les pratiques ancestrales de santé féminine et les femmes guérisseuses. L'objectif de ces formations, conférences et ateliers est d'éduquer les femmes sur leur santé de façon holistique et en marge du paradigme androcentré de la biomédecine occidentale afin d'ultimement permettre leur autonomisation.

Au CSFM, plusieurs mesures sont mises en œuvre afin d'éduquer les femmes et les filles au sujet de leur SSR. Les travailleuses disposent notamment de plusieurs outils afin d'aider à l'éducation des femmes au sujet de leur SSR, dont de la documentation sur divers enjeux intersectionnels liés à la sexualité et à la reproduction, ainsi que des outils visuels permettant aux femmes de mieux comprendre les différentes méthodes de contraception. Durant leur consultation, les femmes ont par exemple la possibilité de regarder et de toucher un stérilet afin de bien comprendre son aspect et son fonctionnement, ou bien de consulter la documentation mise à leur disposition. Les consultations au CSFM étant plus longues que celles habituellement offertes dans les milieux de santé conventionnels — de vingt à trente minutes, ce qui est une « exception dans le milieu » selon Geneviève — les femmes ont donc le temps et la possibilité de poser des questions et d'approfondir leurs connaissances au sujet de leur SSR afin de prendre des décisions justes et adéquates pour leur bien-être. Les procédures en clinique gynécologique sont également adaptées afin de

permettre aux femmes d'en apprendre davantage sur leur corps et son fonctionnement, tel que je l'ai expérimenté auprès d'Olivia, qui durant la consultation m'explique les différentes procédures et me permet d'en apprendre plus sur mon anatomie. Le CSFM offre aussi des formations au personnel soignant de différentes institutions de santé et à ses propres travailleuses afin d'encourager la visibilité des enjeux de santé féminins, autrement méconnus ou ignorés dans le système de santé conventionnel et tel que souligné par Geneviève, Olivia et Sarah-Maria. La formation pour laquelle je m'étais portée volontaire fait donc partie de cette initiative, et permet de combler les lacunes dans les connaissances des soignant·e·s au sujet de la SSR des femmes ainsi que sur l'approche féministe en SSR.

1.2.1. Les lacunes des connaissances des soignant·e·s en SSR

Geneviève souligne que même en tant que soignante, ses connaissances médicales au sujet des phénomènes biologiques du corps féminin étaient incomplètes avant son arrivée au centre : « même moi, comme infirmière, je suis arrivée au Centre de santé des femmes et il y avait des notions du cycle menstruel que je ne connaissais pas, sur la période de fertilité, entre autres ». Selon elle, que les connaissances médicales d'une infirmière soient incomplètes au sujet de phénomènes biologiques féminins est représentatif d'une discipline médicale androcentrée qui dépossède les femmes de leur corps et de leur santé, et donc de leur autonomie et de leur agentivité. Geneviève me décrit également la façon dont les médecins de famille refusent des soins à leurs patient·e·s en raison de leur manque de connaissance au sujet des procédures médicales s'y rapportant, notamment au sujet de la pose ou du retrait de stérilet :

Souvent, les femmes nous disent que leur médecin de famille ne fait pas d'examen gynécologiques. Il y a aussi des femmes qui nous disent que leur médecin de famille refuse de leur installer un stérilet. Pourquoi n'en installerait-il pas ? [...]. Mais un médecin généraliste est supposé aller chercher les connaissances pour faire cela. C'est quelque chose qu'on entend énormément des

femmes qui ont des médecins de famille et qui ne réussissent pas à avoir les soins de santé qu'elles devraient avoir parce que leur médecin ne fait pas ça.

Pour Geneviève, ce manque de connaissances et d'intérêt pour la santé des femmes de la part du personnel soignant est inacceptable, et c'est avec colère qu'elle m'exprime son opinion à ce sujet. De nombreux articles de littératures grises (Cucchi 2022; Leduc 2022; Urbania 2019) rapportant cet enjeu en soulignent également la prépondérance, témoignant de l'androcentrisme de la discipline biomédicale qui n'enseignent pas les pratiques et les techniques spécifiques à la SSR des femmes en médecine familiale, et tel que rapporté par Geneviève.

Les enjeux de santé féminins ont également été historiquement minimisés (*gaslighted*²⁰) et ignorés par la biomédecine, leurs symptômes ayant tendance à être considérés comme psychosomatiques — et associés à l'hystérie — plutôt que physiques par les soignant·e·s et entraînant par exemple la prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques lors de leur consultation plutôt que la médication appropriée selon leurs symptômes (Farrell et Cacchioni 2012, 329; Mètode 2017, 124). Plusieurs études se penchent également sur la perception de la douleur chez les femmes et la façon dont celle-ci a tendance à être ignorée par les médecins, les femmes ayant tendance à se faire administrer des sédatifs plutôt que des analgésiques contre la douleur (Hoffman et Tarzian 2001, 13). L'endométriose, dont le symptôme le plus fréquent est la douleur, a également tendance à être sous-diagnostiquée, de même que le vaginisme, dont les symptômes physiques sont indétectables et dont le diagnostic dépend de la description de leur douleur

²⁰ Le *gaslighting* est une forme de violence psychologique dans laquelle une personne ou un groupe amène quelqu'un à remettre en question sa santé mentale, sa perception de la réalité ou ses souvenirs. Les personnes subissant du *gaslighting* se sentent souvent confuses, anxieuses et incapables de se faire confiance. Il s'agit d'un concept utilisé dans l'étude psychologique des mécanismes de la violence conjugale, entre autres.

par les femmes (Morotti et al. 2017, 8; Pacik 2014, 1614). Geneviève m'explique durant notre entretien que plusieurs femmes se tournent vers le CSFM après avoir vécu une expérience traumatisante dans le système de santé conventionnel, plus spécifiquement au sujet de leur douleur et de la façon dont celle-ci a été auparavant ignorée : « Souvent, ce sont des femmes qui n'ont pas l'impression d'avoir été écoutées, d'avoir vécu du jugement [...], ou qu'on n'ait pas écouté leur douleur pendant l'intervention ». Elle m'explique également que plusieurs femmes ont pour expérience commune d'avoir ressenti de la douleur pendant une intervention gynécologique et que, malgré plusieurs demandes, celle-ci n'ait pas été soulagée. L'approche féministe se voulant plus ouverte à l'expérience unique de chaque femme, les travailleuses du centre s'efforcent d'offrir des soins caractérisés par la douceur de leurs gestes et par leur empathie profonde pour les femmes qui les visitent, tel que me l'explique Olivia :

Nous on écoute beaucoup les femmes, on explique ce que l'on fait, on y va avec des gestes lents expliqués avec de la douceur, ce qui n'est pas toujours le cas ailleurs dans le réseau de la santé. C'est souvent ça les commentaires qu'on entend, « ça ne m'a même pas fait mal quand c'est toi » ou ce genre de chose là.

Mon expérience de l'examen gynécologique et du test Pap auprès d'Olivia m'a permis de confirmer cette approche, l'examen étant beaucoup plus lent, doux et empathique que ce que j'avais précédemment expérimenté en clinique jeunesse.

La minimisation et l'ignorance de la douleur des femmes sont liées aux stéréotypes selon lesquels la tolérance à la douleur des femmes serait plus grande que celle des hommes, notamment en raison de leur tolérance des douleurs de l'accouchement et à leurs fonctions reproductives (Hoffman et Tarzian 2001, 13). Or, ces stéréotypes de genre contribuent à ce que les femmes ne reçoivent pas le même traitement que les hommes dans le système de santé et à invisibiliser leur douleur, voire certaines pathologies telles que

l'endométriose ou le vaginisme. Par exemple, la croyance que la tolérance à la douleur des femmes serait supérieure influence leur rapport à l'accouchement, certaines femmes se sentant forcées d'accoucher de la façon la plus « naturelle » possible, et donc sans recours à des analgésiques ou à la péridurale²¹ (Hoffman et Tarzian 2001, 19). Les femmes ayant recours à un accouchement médicamenteux ou à une césarienne ont ainsi tendance à être critiquées, alors que celles ayant accouché dans la douleur sont plutôt estimées, créant ainsi une fausse dichotomie entre le « bon » et le « mauvais » accouchement s'appuyant sur la culpabilisation des femmes quant à leur résistance à la douleur (Hoffman et Tarzian 2001, 19; Hidaka et Callister 2012, 25).

L'influence de ces stéréotypes pourrait potentiellement être atténuée par une éducation genrée du personnel soignant dans un objectif de sensibilisation aux normes de genre et à leur influence sur la pratique des soins, ainsi qu'afin de mieux comprendre les enjeux de santé propre aux réalités intersectionnelles des femmes. L'intégration de l'approche féministe au système de santé conventionnel et à l'éducation du personnel soignant pourrait ainsi être une réponse à leur manque de connaissances sur la santé des femmes et des filles.

1.2.2. Les initiatives populaires en éducation sexuelle

Plusieurs études ont mesuré les connaissances des adolescent·e·s et des jeunes adultes sur la SSR au Canada (Cormier et O'Sullivan 2021 ; Kumar et al. 2013 ; Nurgitz et al. 2021 ; Schwartz et al. 2018). Ces études ont démontré que si les jeunes comprennent généralement la morphologie des organes sexuels et les facteurs de risque de transmission

²¹ Anesthésie locale du bas de l'abdomen utilisée afin de réduire ou de supprimer les douleurs associées à l'accouchement vaginal ou par césarienne.

des ITSS, leurs connaissances présentent toutefois des lacunes majeures au sujet de la contraception, du plaisir et du consentement (Kumar et al. 2003, 77 ; Nurgitz et al. 2021, 273). Ils et elles sont également réticent·e·s à s'informer auprès de leurs pairs à l'école ou de leurs parents à la maison au sujet de leur SSR, ainsi qu'auprès de professionnel·elle·s de la santé, et se tournent donc vers des sources non-traditionnelles afin de répondre à leurs questionnements sur la sexualité (Cormier et O'Sullivan 2021, 1 ; Kumar et al. 2013, 77 ; Nurgitz et al. 2021, 265). Ces lacunes au niveau des connaissances en SSR ainsi que la propension des jeunes à se tourner vers Internet ont donc motivé plusieurs organismes à implanter des initiatives d'éducation sexuelle populaire et de sensibilisation sur les réseaux sociaux. Plusieurs organismes québécois tels que la Coalition ÉduSex, Sexplique ou le Club Sexu ont donc justement pour vocation de devenir une plateforme accessible pour les adolescent·e·s et les jeunes adultes afin de les éduquer sur plusieurs enjeux liés à la SSR qui pourraient autrement être ignorés par les cours d'éducation sexuelle dans les écoles primaires et secondaires. Ces plateformes abordent par exemple les ITSS et leur dépistage (le *Dépistafest* du Club Sexu), la diversité corporelle (*The Womanhood Project*), les menstruations (la campagne *Le fil rouge* du Réseau québécois d'action en santé des femmes), ainsi que plusieurs enjeux liés à la sexualité tels que la coercition reproductive, la charge mentale de la contraception, le consentement et le plaisir (*Just a Little Fun*, *Les SexMaîtresses*), le tout dans un objectif de déstigmatisation et de normalisation. Certaines campagnes de sensibilisation sur les réseaux sociaux œuvrent également à la déstigmatisation de l'avortement (*Ta raison, c'est la bonne* et la Fédération québécoise du planning des naissances) ou à sensibiliser aux enjeux LGBTQ2+ (*Les 3 sex*). Ces

plateformes, ou « *sextech* », ²² sont notamment utilisées par les adolescent·e·s et les jeunes adultes afin d'entre autres compléter l'éducation sexuelle jugée incomplète reçue à l'école ou auprès des parents, pour améliorer leur vie sexuelle et celle de leur partenaire, ou pour s'informer au sujet de la sexualité des personnes LGBTQ2+ (Cormier et O'Sullivan 2021, 5-6). Ce type de ressources en ligne facilement accessibles pour les jeunes permet de répondre aux questionnements pour lesquels ils ne trouvent pas nécessairement de réponses auprès du système de santé, tel que l'illustre mon expérience en clinique jeunesse, alors que de telles initiatives n'existaient pas encore ou avaient peu de visibilité. Cette éducation sexuelle aborde les facteurs sociaux empiriquement liés à une SSR défectueuse, notamment en raison des normes sociales de genre et de sexualité patriarcales assumant la supériorité et l'agentivité masculine et la passivité et la soumission féminine dans les relations amoureuses et sexuelles (Grose et al. 2014, 743). Les adolescent·e·s et les jeunes adultes intègrent ces normes de genre auprès des individus et des institutions constitutifs de leurs milieux socioculturels, et notamment à l'école primaire et secondaire (Grose et al. 2014, 742) (Nurgitz et al. 2021, 274). Les programmes scolaires d'éducation sexuelle incomplets pourraient contribuer donc à la perpétuation des normes de genre et de sexualité qui nuisent à la SSR des jeunes, par exemple en faisant la promotion de l'abstinence comme méthode de contraception, contribuant à renforcer les normes traditionnelles de genre hétéronormatives (Grose et al. 2014, 743). Leurs connaissances au sujet de la contraception et du consentement étant également déficitaire, les jeunes canadiennes ont par exemple

²² Le terme anglophone « *sextech* » fait référence à n'importe quelle plateforme technologique (application mobile, site internet, etc.) ayant un objectif d'éducation et/ou de sensibilisation à des enjeux de sexualité, ainsi que toute forme de technologie ayant pour vocation l'innovation en sexualité humaine (Cormier et O'Sullivan 2021, 2).

tendance à surestimer l'efficacité contraceptive des préservatifs masculins²³, expliquant la prévalence de son utilisation par les femmes et les filles sans contraception d'appoint (gel spermicide, cape cervicale, contraception hormonale orale, stérilet avec ou sans hormones, etc.) (Kumar et al. 2013, 77). Le condom masculin est donc considéré comme une méthode de contraception complète, alors que son utilité première est surtout de constituer une barrière physique entre les partenaires afin de protéger ces derniers d'une transmission potentielle d'ITSS, et devrait donc être complété par les méthodes de contraception d'appoint mentionnées précédemment afin de réduire au maximum les risques de grossesse non-désirée (Kumar et al. 2013, 77). L'utilisation unique du condom masculin fait donc reposer la charge contraceptive sur l'individu pouvant mettre enceinte son ou sa partenaire, contribuant ainsi à déposséder les femmes²⁴ de leur autonomie contraceptive et reproductive dans un contexte de relation hétéronormative (Rousseau 2022). Le manque de connaissances sur la sexualité et la reproduction au sujet du consentement et des violences sexuelles contribue également à l'incapacité des adolescent·e·s et des jeunes adultes à reconnaître une agression sexuelle, tels que la coercition sexuelle ou le *stealth*²⁵ (Kumar et al. 2013, 77). Les Canadien·enne·s de 18 à 24 sont d'ailleurs trois fois plus susceptibles de subir une forme ou une autre de violence sexuelle que le reste de la population canadienne (Kumar et al. 2013, 77). L'éducation sexuelle auprès des adolescent·e·s et des jeunes adultes permet de réduire les comportements et les croyances

²³ Préservatif porté sur le pénis afin de contenir l'éjaculation dans un objectif de contraception et de protection contre les ITSS, le VPH, le VIH, etc.

²⁴ Le terme « femme » est utilisé afin d'illustrer la charge contraceptive dans une relation hétéronormative dans laquelle l'homme cisgenre a la capacité de mettre enceinte une femme cisgenre, et ce afin d'alléger le texte. Les hommes trans et les personnes non-binaires peuvent également être enceintes, et les femmes trans et les personnes non-binaires peuvent également mettre enceinte un autre individu.

²⁵ Néologisme anglophone faisant référence à l'acte de retirer le condom durant la relation sexuelle à l'insu du ou de la partenaire, et ce sans son consentement préalable.

favorisant les agressions sexuelles, encourage l'agentivité et l'autonomisation sexuelle des individus, et fait la promotion de l'égalité des genres (Grose et al. 2014, 743). Pour les personnes avec un handicap physique et/ou intellectuel, l'éducation sexuelle permet également de réduire les risques de violences sexuelles et d'augmenter les opportunités intimes et sexuelles, tout en visibilisant la sexualité des personnes vivant avec un handicap (Schwartz et Robertson 2018, 148; Boisvert 2022). Il est cependant important de souligner que l'efficacité de l'éducation sexuelle dans le processus d'autonomisation des femmes et des filles peut être miné par le manque d'accès à des ressources et à des soins en SSR (Grose et al. 2014, 751). L'éducation sexuelle pourrait donc être pensée et adaptée en fonction des ressources disponibles et des besoins intersectionnels des femmes et les filles, comme démontré par l'approche féministe du CSFM et de Sarah-Maria prônant l'éducation et l'autonomie de leur clientèle.

Le manque d'éducation à la sexualité pourrait donc nuire à la SSR des femmes et des filles de plusieurs façons, comme démontré précédemment. Or, le consentement est également un concept essentiel à la promotion de l'agentivité des femmes en SSR, puisque même si celles-ci sont aptes à prendre des décisions à propos de leur cheminement thérapeutique, ces décisions ainsi que leurs limites physiologiques, psychologiques et émotionnelles doivent être respectées par les soignant·e·s afin de permettre l'autonomisation de leur patient·e·s.

2. Le consentement en SSR

Après ma visite du CSFM avec Marianne, j'ai eu l'occasion de rencontrer une autre travailleuse du CSFM, Tessa, étudiante en sexologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et stagiaire. Marianne m'avait proposé de la rencontrer pour un entretien non

seulement en tant que travailleuse, mais également en tant que femme possédant un dossier au centre et ayant une expérience en consultation gynécologique qui permet d'illustrer l'approche féministe du centre au sujet du respect du savoir et de l'expérience des femmes durant leur consultation. Nous nous installons à la cuisine, qui nous offre plus d'intimité alors que les travailleuses parcourent le corridor reliant l'aile clinique à l'aile administrative du centre en cette fin de journée de travail. Tessa semble un peu nerveuse, mais sûre d'elle, et répond sans gêne à mes questions au sujet de son expérience de patiente au centre, et de façon très professionnelle sur son expérience de travailleuse. Elle semble se détendre et prendre de l'assurance alors que les minutes passent, bien que la distance obligatoire de deux mètres qui nous séparent nuise à l'établissement d'une complicité plus évidente. Elle aborde son expérience avec le service de clinique gynécologique du centre, et la compare avec d'autres expériences vécues auprès de son médecin de famille et de cliniques médicales conventionnelles. Elle m'explique les différences qu'elle a observées entre ses consultations auprès de son médecin de famille et auprès des travailleuses du CSFM. Par exemple, durant une consultation avec son gynécologue pour l'installation d'un stérilet, elle m'explique que le médecin aurait procédé à un test Pap sans son accord préalable et sans l'informer de la procédure :

[Lorsque] je suis allée faire installer mon stérilet, mon gynécologue m'a fait un test Pap, mais je ne savais pas qu'il allait me faire un test Pap. Je viens pour me faire installer un stérilet, donc la procédure qui sera faite, c'est de m'installer un stérilet. Mais tant qu'à faire, il a aussi fait un test Pap. Mais moi, je ne savais pas, c'est juste à la fin qu'il m'a dit « tu peux aller remettre ça au laboratoire ». C'est là que j'ai compris qu'un prélèvement avait été fait.

Au contraire, durant ses consultations au CSFM pour des dépistages, son expérience a été différente. Les travailleuses lui permettent de choisir les dépistages qu'elle souhaite en fonction de son expérience sexuelle et lui offre des options : dépistage

gonorrhée-chlamydia et/ou test Pap, prélèvement par l'urine, prélèvement au col ou prélèvement sanguin, etc. Tessa me confie avoir apprécié que les travailleuses du centre lui offrent un choix et qu'elles lui expliquent les différentes procédures et l'utilité de chacun des types de dépistage et des méthodes de prélèvement :

Quand je suis venue pour une consultation, pour un dépistage, [...] on jasait de mes pratiques sexuelles, et l'infirmière m'a demandé : « est-ce que tu considères que tu as eu des relations sexuelles à risque qui font en sorte que tu voudrais un dépistage complet par le sang, ou [gonorrhée et chlamydia] ça te suffit ? ». J'ai dit que tout était correct, mais après y avoir pensé, j'ai réalisé que l'un de mes derniers partenaires avait été louche et que je serais intéressée à faire le dépistage complet par le sang. Donc, elle avait fait une prise de sang par la suite.

Elle me parle également du déroulement des dépistages, durant lesquels l'infirmière ou la médecin informe la femme des gestes qui seront posés préalablement, ce qui selon elle ne constitue pas un geste féministe en soi puisque son gynécologue ne se revendiquant pas féministe procède également de cette façon, mais qu'il s'agirait plutôt d'une bonne pratique en gynécologie au sujet du consentement.

Geneviève m'explique pour sa part le déroulement des dépistages selon sa perspective d'infirmière :

[Durant les examens gynécologiques], nous faisons plein de petites choses. Par exemple, je vais sortir de la salle pendant que la femme s'installe pour ne pas la regarder se déshabiller, je vais parler de chaque chose que je vais faire, je vais expliquer chaque geste que je vais poser, et je vais lui dire que je vais la toucher avant de la toucher, etc. Je vais même lui offrir de voir son col si elle le veut pour comprendre ce que je suis en train de faire, donc ça, c'est vraiment très apprécié.

Ainsi, autant durant les consultations en clinique gynécologique que pour un avortement, les femmes ont la possibilité de décider du déroulement de leur consultation, et donc d'avoir une certaine agentivité au sein de leur parcours thérapeutique. Leur consentement est également respecté tout au long des procédures d'examens gynécologiques et des IVG. Geneviève m'explique en effet que durant les consultations pour les IVG, un choix est offert aux femmes afin d'établir si elles veulent ou non discuter

de contraception, ce qui selon l'infirmière est une procédure associée à l'approche féministe en SSR :

[Durant les consultations pour les IVG], juste de faire sentir une pression à la femme par rapport à la contraception, c'est déjà quelque chose de... Ça ajoute au sentiment que la femme a failli dans sa tâche de se protéger. C'est comme un sentiment que certaines femmes au centre vont vouloir avoir une méthode contraceptive la journée de l'avortement, vont vouloir en discuter [afin de ne plus avoir à se retrouver là]. Mais il y a certaines femmes pour qui... Elles veulent vraiment différencier le moment de l'avortement de la consultation pour la contraception et qui ont vraiment besoin de vivre ce moment-là afin d'ensuite passer à autre chose. Et ça, c'est quelque chose que nous faisons ouvertement et que l'on respecte. Ailleurs qu'ici, les femmes nous disent que ce n'est pas nécessairement respecté.

Durant les consultations pour les IVG, la contraception n'est donc pas systématiquement abordée afin de ne pas accentuer le fait que la charge contraceptive repose principalement sur les épaules des personnes ayant la possibilité d'être enceintes — et donc des femmes cisgenres, des hommes trans et des personnes non-binaires. Les travailleuses du CSFM contribuent donc à combattre les stéréotypes de genre perpétués par le sexisme médical en plus de respecter les décisions et les expériences des personnes requérant une IVG. Cette approche lutte également contre l'infantilisation des femmes en santé, la contraception étant un outil de contrôle du corps des femmes en raison des tests Pap de routine exigés par certain·e·s médecins comme condition à la prescription ou au renouvellement de contraceptifs hormonaux (Delston 2019, 10). L'imposition d'examens gynécologiques inutiles afin d'avoir accès à une méthode contraceptive a donc un impact sur la relation entre patient·e·s et soignant·e·s (Delston 2012, 11). En effet, le ou la médecin exerce ainsi une autorité sur le corps et le cheminement thérapeutique du ou de la patient·e, et exacerbe conséquemment les obstacles intersectionnels nuisant à l'accès de certaines femmes à une méthode de contraception correspondant à ses besoins (Delston 2012, 11). Ainsi, d'aborder la contraception seulement si la femme en exprime le souhait permet de

diminuer la relation autoritaire entre cette dernière et les travailleuses, en plus de permettre son agentivité en encourageant une prise de décision sans l'infantiliser et renforçant donc son autonomisation.

Or, Geneviève m'explique que l'agentivité et l'autonomisation ne sont pas des termes utilisés par les femmes ayant visité le centre afin de décrire leur expérience : « Ce n'est pas quelque chose que j'entends souvent. Ce n'est pas quelque chose que la femme va nommer, mais effectivement, c'est quelque chose qu'on a l'impression qu'elles ressentent ». Pour Sarah-Maria, l'autonomisation des femmes l'ayant consultée est quant à elle indéniable :

[Avant leur consultation], [les femmes] arrivent inquiètes, méfiantes, souvent seules, [...]. [Après leur première consultation], elles ont de l'espoir, et après quelques rencontres, elles font des changements dans leur vie. C'est incroyable de voir ça. Et puis je me dis que ça ne prend pas grand-chose. Finalement, ça prend une heure de temps avec la personne, et l'encourager à comprendre son corps, puis à dire « tu as du pouvoir sur ton corps », ça se fait.

Il est ainsi difficile d'établir de façon empirique et objective si l'approche féministe du CSFM et de Sarah-Maria en SSR permet ou non l'émergence de sentiments d'agentivité et d'un état d'autonomisation chez les femmes en faisant l'expérience. Les différents critères d'agentivité et d'autonomisation explorés dans le présent chapitre permettent cependant d'établir que l'émergence de ces sentiments est rendue potentiellement possible par l'approche des soignantes interrogées dans le cadre de la recherche de terrain et informée par la littérature. La réduction de la relation de pouvoir hiérarchique entre patient·e et soignant·e, l'éducation des femmes afin de permettre une prise de décision adéquate au sujet de leur trajectoire thérapeutique ainsi que la valorisation et le respect du consentement inhérents à l'approche féministe pourrait ainsi rendre possible et/ou

contribuer à l'agentivité et à l'autonomisation des femmes en SSR biomédicale et complémentaire.

3. Médicalisation et démedicalisation dans un contexte de SSRF

La médicalisation de la reproduction est non seulement un exemple de l'androcentrisme historique et systémique de la biomédecine, mais aussi de la (sur)médicalisation de la SSR des femmes. En effet, la définition culturelle dominante de l'accouchement, notamment aux États-Unis, considère la grossesse comme « un état pathologique requérant l'intervention de spécialistes, ainsi que l'accouchement à l'hôpital », et est « caractérisée par l'utilisation d'interventions technologiques durant la naissance » (Browner et Sargent 2005, 360; Kukla et Wayne 2018). La critique de la (sur)médicalisation de l'accouchement est reprise par Emily Martin afin d'être appliquée aux cycles de la menstruation et de la ménopause dans son étude classique « *The Woman in the Body : A Cultural Analysis of Reproduction* » (1987) (Browner et Sargent 2005, 360). Martin s'intéresse ainsi au sentiment d'aliénation produit par « le recours aux interventions technologiques et à l'assistance d'un spécialiste » durant les naissances, mais également à l'ambivalence et à la résistance de certaines femmes face à la biomédecine et à son contrôle de l'accouchement (Browner et Sargent 2005, 360). La position privilégiée pour l'accouchement en hôpital est d'être étendue sur le dos avec les jambes écartées et posées sur des étriers — les pieds étant parfois attachés à ces derniers — afin de faciliter l'accès du personnel médical au corps de la personne, de pouvoir contrôler ses mouvements et de faciliter le traitement antiseptique de l'accouchement (Lowis et McCaffery 2004, 9). Pourtant, les positions d'accouchement historiquement et culturellement priorisées, notamment en Rome antique ou auprès de différents groupes culturels africains et sud-

américains contemporains, sont à genoux, accroupie ou en position debout afin de privilégier la facilité de l'accouchement pour la femme plutôt que l'accès à son corps par le ou la médecin ou la sage-femme (Lowis et McCaffery 2004, 9). L'anthropologie médicale et l'activisme féministe étudient et critiquent donc la mécanisation et la médicalisation croissante de la grossesse et de l'accouchement, en plus de notamment s'intéresser aux techniques de contrôle et de surveillance des grossesses telles que l'échographie et l'amniocentèse, et à l'aspect éthique inhérent à l'usage des diagnostics prénataux (Browner et Sargent 2005, 360; Kukla et Wayne 2018).

La biomédecine est donc caractérisée par son recours aux technologies reproductives (*reproductive technologies*) et à leur développement afin de découvrir de nouveaux traitements, méthodes et/ou outils qui seraient responsables de la (sur)médicalisation de certains phénomènes biologiques catégorisés comme pathologiques chez les femmes (Gaines et Davis-Floyd 2004, 98). Les technologies reproductives biomédicales associées à la SSR contemporaine regroupent par exemple le développement de la pilule contraceptive et des dispositifs intra-utérins, l'insémination artificielle et la fécondation in vitro, l'amniocentèse, les chirurgies in utero ou le déclenchement artificiel du travail par l'administration d'hormones synthétiques (Gaines et David-Floyd 2004, 102). Or, le développement de certaines technologies reproductives biomédicales tel que le forceps obstétrical — instrument médical permettant l'extraction de l'enfant vivant durant un accouchement difficile, et ce au détriment possible de la santé de la mère — a été marqué par une compréhension androcentrée de la santé et du corps des femmes (Gaines et Davis-Floyd 2004, 102; Partridge 1996, 313). Le recours du CSFM à de telles technologies est donc enchevêtré dans une pratique androcentrée de la SSR féminine, mais

l'approche féministe du centre pourrait permettre de contribuer à sa démedicalisation — notamment en explorant des positions alternatives durant les examens gynécologiques permettant d'accommoder autant les patient·e·s que les soignant·e·s. Il est cependant important de souligner que la démedicalisation dans un contexte biomédical a ses limites, certains instruments et procédures médicalisés étant inévitables, notamment l'utilisation du spéculum durant les examens gynécologiques ou d'un vocabulaire médical durant les procédures²⁶.

Au CSFM, les procédures médicales standardisées en gynécologie sont pratiquées, mais plusieurs initiatives sont mises en œuvre afin d'assurer une expérience sécurisante et démedicalisante aux femmes, tel que me l'explique Olivia. Par exemple, les infirmières peuvent occuper trois postes différents durant les journées d'avortement afin d'accompagner les femmes et de leur offrir une expérience plus « humaine », tel que me l'avait expliqué Marianne durant ma visite du centre. Olivia me décrit donc l'un des rôles occupés par les travailleuses du centre, soit celui de supporter les femmes durant leur IVGI:

Le poste, c'est directement dans la salle d'intervention où on administre la médication, où on accompagne la femme, on reste avec elle... Ça dépend des femmes, il y a beaucoup d'approches différentes selon comment elles vivent la situation, mais il y en a qui veulent parler d'autre chose, d'autres qui veulent se faire tenir la main, ou il y en a qui trouvent ça plus douloureux, plus difficile... On est là pour accompagner la femme. Les médecins sont vraiment autonomes, nous ne sommes pas là pour ouvrir leurs instruments, ils ont leurs instruments préparés et s'occupent vraiment de leurs choses, donc on peut être présentes avec la femme.

L'accompagnement des femmes par les travailleuses permet ainsi d'atténuer la médicalisation de l'avortement en offrant un support émotionnel durant l'intervention, et ce malgré le recours à la technologie nécessaire à la procédure de l'IVGI. Durant ma visite

²⁶ Voir la typologie de Halfmann à l'annexe I pour les approches médicalisantes et démedicalisantes plus spécifiques mises en œuvre par le CSFM et l'herboriste Sarah-Maria.

du centre, Marianne m'a également expliqué toutes les autres mesures mises en œuvre afin de démedicaliser au maximum l'IVGI, telles que la localisation de l'aspirateur à l'étage afin de ne pas effrayer les femmes, la couverture recouvrant le bas de leur corps, la présence d'une infirmière ou d'une personne accompagnante auprès d'elles durant l'intervention, la salle de repos collective plutôt qu'individuelle favorisant la sororité, etc.

Pour l'IVGM, l'ingestion de deux doses de mifépristone est nécessaire à la procédure, mais la possibilité de prendre la seconde dose dans un contexte extérieur à la clinique permet également de contribuer à la démedicalisation de la procédure, tel que mentionné par Marianne. Geneviève m'explique également que le CSFM s'efforce de démedicaliser les procédures inhérentes à la pratique des examens gynécologiques, notamment en offrant aux femmes de voir leur col de l'utérus durant les tests Pap ou en leur offrant une couverture pour couvrir le bas de leur corps plutôt qu'une longue feuille de papier telle que celle fournie lors des examens gynécologiques en clinique conventionnelle. Elle m'explique aussi « qu'il y a des médecins [au CSFM] qui ont commencé à explorer d'autres positions que la position pour l'examen gynécologique conventionnel », contribuant ainsi à démedicaliser des pratiques ayant été pensées et institutionnalisées par le paradigme biomédical androcentré, tel que mentionné précédemment. Les travailleuses sont également attentives au vocabulaire utilisé devant les femmes, et évitent d'utiliser des termes contribuant à medicaliser l'expérience de leur clientèle. Par exemple, les infirmières et les médecins sont appelées par leur prénom, ce que Tessa m'avoue avoir énormément apprécié durant ses consultations au centre. Selon elle, il s'agit d'une attention très simple contribuant à humaniser le personnel soignant et à réduire la hiérarchie entre ce dernier et les femmes : « [de se présenter avec un prénom] ne

fait pas que me rendre moi plus humaine, mais rendre la professionnelle plus humaine [également] ». Marianne m'explique également que les travailleuses utilisent l'expression « laver la vaisselle » pour référer à la stérilisation des instruments afin de ne pas contribuer à la médicalisation de l'expérience des femmes à la clinique. Finalement, les travailleuses portent également des vêtements civils plutôt que des uniformes qui marqueraient visuellement leur appartenance au personnel médical et contribueraient à la différenciation entre patient·e·s et soignant·e·s. Toutefois, en raison des mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID-19, elles portent présentement des uniformes médicaux conventionnels.

Les travailleuses du CSFM s'efforcent également d'offrir des consultations plus longues que celles habituellement offertes dans les cliniques et centres hospitaliers conventionnels, notamment afin de permettre un suivi plus personnalisé et d'être à l'écoute des femmes. La douleur des femmes ayant tendance à être ignorée et pathologisée au sein du système de santé biomédical androcentré (Farrell et Cacchioni 2012, 329; Valls-Llobet 2007, 124), Olivia m'explique que les travailleuses du CSFM sont à l'écoute des femmes durant les consultations en clinique gynécologique et durant les IVG, contrairement à ce que certaines femmes ont rapporté au sujet de leur expérience à l'extérieur du centre :

Les commentaires que j'ai le plus entendus jusqu'à maintenant sont au niveau de la douleur, ou quand on doit faire un examen gynécologique et qu'on doit insérer un spéculum. Pour certaines femmes, c'est très inconfortable et douloureux. Nous écoutons beaucoup les femmes, on explique ce que l'on fait, on y va avec des gestes lents expliqués avec de la douceur, ce qui n'est pas toujours le cas ailleurs dans le réseau de la santé. C'est souvent ça les commentaires qu'on entend, « ça ne m'a même pas fait mal quand c'est toi » ou ce genre de chose là.

Les consultations plus longues pourraient permettre la démedicalisation de ces dernières en offrant aux femmes un espace de discussion où leurs insécurités, leurs questions et leur douleur sont écoutées — les consultations très courtes du système de santé

conventionnel ne permettant pas aux soignant·e·s de développer une relation émotionnelle avec leur patient·e·s et d'aborder les aspects sociaux d'une pathologie selon Geneviève. Au sein du système de santé conventionnel, l'obstacle principal à cette pratique est selon Geneviève la rémunération différente des médecins par rapport aux autres professionnel·le·s de la santé. Les médecins étant rémunéré·e·s à l'acte médical plutôt qu'à l'heure comme les infirmier·ère·s, les consultations en SSR sont généralement plus courtes qu'au CSFM :

Si on reste avec une patiente 45 minutes, 30 minutes ou 10 minutes, ça ne change rien à notre salaire, mais [c'est différent] pour les médecins. Ça implique de trouver des médecins qui veulent prendre le temps parce que parler de contraception pendant 20 minutes et que la femme repart sans prescription, ce n'est pas payant.

Il s'agirait donc d'un obstacle à la démedicalisation puisque le manque de temps alloué aux consultations ne permet pas aux soignant·e·s d'éduquer les patient·e·s afin qu'ils ou elles puissent prendre des décisions au sein de leur cheminement thérapeutique, et donc d'exercer leur agentivité afin d'être autonomisé·e·s. Par exemple, Geneviève souligne que plusieurs femmes présentent des lacunes dans leurs connaissances du cycle menstruel et de son fonctionnement, et que les travailleuses du centre doivent donc parfois expliquer ce dernier afin que leur clientèle puisse prendre des décisions adaptées à leurs besoins et à leur mode de vie :

Je me rends compte, avec les femmes de tous les âges et de toutes les origines, qu'il y a beaucoup de lacunes au sujet de la compréhension du cycle menstruel, de la période de fertilité, des variations hormonales, etc. [Ces lacunes] concernent même la [base théorique] du cycle menstruel : un cycle menstruel n'est pas nécessairement [d'une durée de] 28 jours, et que si ce n'est pas [un cycle de] 28 jours, ce n'est pas anormal, et que l'ovulation n'est pas toujours au quatorzième jour et que ce n'est pas qu'au quatorzième jour [qu'elles peuvent] tomber enceintes, et toutes ces choses-là.

Des consultations plus longues permettent ainsi aux travailleuses de combler les lacunes dans les connaissances des femmes au sujet de leur corps et de son fonctionnement,

pratique qui est instrumentale pour le processus d'autonomisation, tel que mentionné précédemment. Ces connaissances peuvent ensuite permettre aux femmes de prendre des décisions au sujet de leur cheminement thérapeutique en partenariat avec les soignantes, permettant au CSFM d'accomplir son objectif d'éducation, et donc de démedicaliser leur approche des soins en SSRF tout en encourageant l'agentivité de leur clientèle.

Quant à l'herboristerie thérapeutique, l'objectif de Sarah-Maria est de « soutenir la réappropriation par la femme de son propre corps et les façons de s'y adresser ». L'autonomisation, ou ce qu'elle appelle « empuissancement », est de son point de vue inhérente à une approche féministe de la SSR, notamment en aidant les femmes « à se réapproprier à la fois leur corps et leurs pensées ». Sa pratique de l'herboristerie se veut ainsi dichotomique à l'approche biomédicale en SSR, qui est selon elle non-féministe de façon inhérente, notamment au sujet de l'accouchement et des violences obstétricales ainsi que dans la conception et le traitement des « pathologies gynécologiques » : « C'est comme considérer que le corps médical possède la seule vérité et que la patiente doit simplement suivre les directives et subir », ajoute-t-elle. Dans sa pratique, Sarah-Maria s'efforce d'autonomiser les femmes en leur offrant un libre-choix s'appuyant sur une connaissance de leur corps et de son fonctionnement ainsi que des différents traitements leur étant accessibles, comme discuté précédemment. La pratique de Sarah-Maria est également démedicalisante puisqu'elle constitue une alternative pour les femmes n'ayant pas été satisfaites de leur expérience thérapeutique d'une approche biomédicale autrement medicalisante :

[Ma clientèle est composée] de femmes qui sont allées consulter des [spécialistes] en biomédecine et qui n'ont pas vu de résultats ou n'ont pas été satisfaites par ce qu'on leur proposait (par exemple, on leur propose souvent de prendre la pilule ou d'avoir une chirurgie [pour régler un problème]). Il n'y a pas

beaucoup d'options en biomédecine. Il y en a aussi qui ont vécu des expériences traumatiques. J'entends des histoires d'horreur toutes les semaines.

L'utilisation des plantes et le rejet de l'utilisation d'instruments considérés comme médicalisants et intrusifs comme le spéculum permettent à la pratique de l'herboristerie thérapeutique de s'éloigner des pratiques médicalisantes en SSR biomédicale. Sarah-Maria priorise par ailleurs la symptothermie plutôt que la prise de contraceptifs hormonaux dans sa pratique afin d'encourager la démedicalisation du cycle menstruel et de la contraception et pour offrir des options alternatives en marge du paradigme biomédical à sa clientèle :

Dans l'approche androcentrée ou biomédicale actuelle, la façon de s'adresser à presque tout [en santé des femmes], c'est de prendre la pilule. En prenant la pilule, la femme est coupée de son cycle tel qu'il se présente naturellement, et pour plusieurs des femmes qui viennent me voir, c'est un problème. Elles n'aiment pas se sentir coupées de leur cycle, elles se sentent coupées d'elles-mêmes.

L'approche féministe en herboristerie gynécologique de Sarah-Maria a ainsi pour objectif de démedicaliser certains phénomènes biologiques liés à la fertilité des femmes, dont les menstruations, la contraception et la grossesse. Cette démedicalisation est mise en oeuvre par le recours de l'herboriste à des méthodes de diagnostic, de suivi et de traitement en marge du paradigme biomédical et rejetant le recours à une médication excessive et superflue — par exemple par la consommation d'une infusion de feuilles de framboisier pour atténuer les crampes menstruelles plutôt que l'ingestion de médicaments analgésiques. Cependant, Sarah-Maria offre un suivi pour des phénomènes biologiques dont la pathologisation a été construite par la biomédecine androcentrée considérant le corps masculin comme la machine fonctionnelle par excellence, et le corps féminin comme déficitaire et imparfait, et donc pathologisé²⁷ (Gaines et Davis-Floyd 2004, 101). Sa

²⁷ Dans une perspective cisgenre où seules les femmes font l'expérience des menstruations et de la ménopause, alors que les hommes sont plutôt caractérisés par l'absence de ces « pathologies ».

pratique contribue ainsi indirectement à la médicalisation de certains phénomènes biologiques et à leur construction en pathologies — bien que son approche des traitements se positionne en marge de celle de la biomédecine généralement médicalisante — puisqu'elle utilise les codes biomédicaux ayant contribué à la pathologisation de certains phénomènes biologiques afin de construire son expertise et de développer ses traitements. En d'autres mots, choisir d'offrir un suivi et un traitement pour des enjeux de SSR contribue à la construction de leur pathologisation, à l'instar des pratiques biomédicales. Les traitements et le suivis de ces pathologies, de même que les consultations plus longues de l'HTA, sont par exemple des mesures mises en œuvre qui pourrait contribuer à malgré tout démedicaliser l'expérience des femmes de sa clientèle.



La réduction de l'écart de pouvoir entre patient·e·s et soignant·e·s, la valorisation du libre-choix à travers l'éducation et le respect du consentement des femmes sont des aspects constitutifs de l'approche féministe en SSR biomédicale et en herboristerie thérapeutique. Ensemble, ces pratiques pourraient potentiellement permettre de favoriser la capacité d'agir des femmes au sein de leur trajectoire thérapeutique, ainsi que leur autonomisation. Ces deux concepts sont cependant empiriquement subjectifs et non-quantifiables, et les femmes ayant expérimenté l'approche féministe en SSR sont les seules expertes de leur expérience. La littérature ayant informé l'analyse de l'agentivité et de l'autonomisation a cependant permis d'établir la façon dont les approches féministes du CSFM et de Sarah-Maria pourraient ou non en permettre l'émergence.

Il a également été établi que malgré les limites imposées par les procédures biomédicales et la construction de la pathologisation du corps féminin et de ses

phénomènes biologiques, la démedicalisation de la SSR des femmes peut être rendue possible par l'approche féministe, et ce autant en herboristerie qu'en biomédecine, bien que de façon différente. En herboristerie thérapeutique, l'approche féministe en SSR est d'emblée moins médicalisée et médicalisante que l'approche du CSFM, se situant en marge du paradigme biomédical généralement androcentré. L'approche démedicalisée de Sarah-Maria favorise entre autres des méthodes thérapeutiques alternatives aux médicaments proposés par la biomédecine — notamment à travers l'utilisation des plantes et de leurs dérivés et en favorisant la contraception non-médicalisée — et cherche à réduire la hiérarchie entre soignante et patient·e·s. La promotion de l'approche de partenaire de santé, la valorisation des connaissances des femmes sur leur corps, leur santé et leurs expériences, ainsi que l'importance du respect du consentement pourraient donc contribuer à encourager l'agentivité de la clientèle de Sarah-Maria, et donc à favoriser leur autonomisation.

L'approche du CSFM cherche également à diminuer la hiérarchie entre ses travailleuses et leur clientèle afin de contribuer à l'agentivité de cette dernière, tout en respectant et en valorisant les connaissances et le consentement des femmes au sujet de leur SSR. Les travailleuses du CSFM s'efforcent également à éduquer les femmes ainsi que les travailleur·euse·s de la santé afin de sensibiliser ces dernier·ère·s aux enjeux intersectionnels des femmes en SSRF, tout en permettant l'autonomisation celles-ci. Malgré la médicalisation de certains phénomènes biologiques inhérents aux corps socialement et biologiquement considérés comme féminins, le CSFM tente de démedicaliser l'approche féministe en SSR en adaptant et en humanisant les pratiques et les procédures biomédicales de la gynécologie occidentale.

Il a ainsi été démontré que la diminution de la hiérarchie entre patient·e·s et soignant·e·s, la valorisation des connaissances des femmes au sujet de leur corps et de leurs expériences, l'éducation des travailleur·euse·s de la santé et des individus au sujet de la SSR des femmes, ainsi que le respect du consentement sont des mesures pouvant être mises en œuvre afin d'encourager l'agentivité de ces dernières et favoriser leur autonomisation, et ce selon une perspective démedicalisante. Si la façon dont la SSR peut être adaptée à l'expérience des femmes afin de s'opposer à l'androcentrisme général de la biomédecine a été explorée, il incombe maintenant d'établir la façon dont la SSRF pourrait s'adapter à toutes les femmes — racisées, immigrantes, pauvres, grosses, vieilles, handicapées, lesbiennes, trans, etc.

CHAPITRE III

L'INTERSECTIONNALITÉ EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE FÉMINISTE

Durant ma visite du CSFM avec Marianne, cette dernière m'explique les mesures qui ont été mises en œuvre afin d'accommoder les personnes faisant face à des enjeux intersectionnels pouvant faire obstacle à leur santé et à leur accessibilité à des soins en SSR. Elle me mentionne d'abord la rampe d'accès pour les personnes à mobilité réduite, située au sous-sol du centre. Celle-ci permet aux femmes ou aux personnes les accompagnant se déplaçant par exemple en chaise roulante d'accéder à la clinique par l'entrée située à l'arrière de l'immeuble, au niveau du trottoir. La rampe est donc déployée afin de leur permettre de descendre les quelques marches qui mènent du trottoir au vestibule du sous-sol, plus accessible que celui situé à l'étage. Les IVG de ces personnes auront lieu au sous-sol, où les installations se situent déjà, et l'équipement nécessaire aux examens gynécologiques et/ou aux dépistages ayant habituellement lieu à l'étage sera déplacé afin d'accommoder leur mobilité. Le CSFM s'adapte ainsi aux personnes en situation de handicap en s'opposant au capacitisme nuisant autrement à la mobilité de ces dernières, et donc à leur accès à des soins de santé. Marianne ne mentionne cependant pas la façon dont les soins sont justement adaptés aux potentielles limitations physiques de ces personnes, ni aux individus vivant avec un handicap cognitif.

La sexologue me décrit par la suite les procédures associées à l'IVGI et l'IVGM, telles que décrites dans le chapitre II, avant de m'expliquer que les femmes cliniquement considérées comme obèses ne peuvent malheureusement pas obtenir une IVGI au CSFM, notamment en raison des risques liés à l'anesthésie. Marianne m'explique ainsi le cas d'une femme grosse s'étant présentée au centre pour une IVGI et dont l'indice de masse

corporelle (IMC) était supérieur à 45, et qui était donc cliniquement considérée comme obèse. L'obésité est pourtant une construction médicale pathologisant certains corps considérés comme hors normes par la biomédecine et précipitant la considération d'un corps mince comme d'un corps en santé sans considération pour d'autres facteurs pouvant avoir un impact significatif sur celui-ci — tels que la consommation d'alcool et de produits du tabac ou la sédentarité (Carof 2020, 2). L'intervention a finalement été refusée à cette femme en raison des risques associés à un IMC élevé et à l'anesthésie ainsi qu'aux risques de problèmes respiratoires sous médication, le centre n'étant pas outillé convenablement afin de gérer ces complications potentielles, qui selon la sexologue sont pourtant rares. Il s'agit selon Marianne de l'une des lacunes du centre et d'un échec à s'adapter à toutes les femmes, motivant la recherche d'un nouveau local plus accessible afin de déménager le CSFM, précise-t-elle.

[Depuis], nous avons mis en place plusieurs mesures afin que ça n'arrive plus, qu'une ne femme ne soit plus dans la position de venir sur place et de [se faire refuser des soins en raison de sa corpulence]. Ça dépend aussi des conditions de santé. Par exemple, si une femme a un IMC de 40, il faut quand même vérifier quelles autres informations elle a en sa possession [afin d'évaluer si nous pouvons] de façon sécuritaire effectuer l'intervention sur place, ou la référer en centre hospitalier. Mais c'est ça, nous avons fait une formation, nous essayons de poser les questions d'une façon franche et non détournée sur le poids, et non « as-tu une condition médicale quelconque » parce que l'IMC, ce n'est pas une condition médicale !

Les travailleuses du CSFM suivent donc des formations sur la grossophobie et le centre a adopté des mesures diverses afin de s'assurer de pouvoir offrir ses services aux femmes de toutes les corpulences. La grossophobie se situant entre autres à l'intersection du racisme et du classisme — la pauvreté pouvant entre autres avoir une incidence sur la qualité de l'alimentation ou sur l'accès à des activités physiques, et les personnes racisées et/ou immigrantes étant généralement plus pauvres que les personnes blanches — les

femmes grosses sont ainsi moins susceptibles de recevoir des soins en SSR adaptés à leurs réalités intersectionnelles (Hargrove 2018, 58). L'IMC des femmes noires, hispaniques, peu éduquées et/ou issues d'un milieu socioéconomique défavorisé ayant tendance à être plus élevé que celui des femmes blanches, éduquées et au milieu socioéconomique plus élevé, ces premières sont également plus à risque de recevoir des soins de santé n'étant pas adéquats en raison de leur corpulence (Hargrove 2018, 57).

L'utilisation de l'IMC comme outil de catégorisation médicale du poids et d'indicateur de santé métabolique contribue à la pathologisation des corps gros et à la discrimination de certaines femmes en raison des enjeux intersectionnels exerçant une influence sur leur corpulence, dont le racisme et le sexisme. Le calcul de l'IMC s'appuyant uniquement sur le poids et la taille d'une personne ne considère pas la façon dont l'ethnie peut exercer une influence sur sa corpulence, ni l'impact de certains facteurs intersectionnels sur le corps et la santé des individus (Himmelstein et al. 2017, 422). L'IMC d'une femme pouvant exercer une influence sur son accès à des soins en SSR, comme démontré par l'incapacité du CSFM à fournir un avortement à une femme grosse, l'intersectionnalité est un concept essentiel à l'approche féministe en SSR afin de pouvoir fournir des soins de santé adéquats pour toutes les femmes. Dans le prochain chapitre, il s'agira d'analyser la façon dont l'approche féministe en SSR du CSFM et de l'herboristerie thérapeutique intègre les principes de l'intersectionnalité afin d'adapter leurs pratiques à leur clientèle, et notamment aux femmes racisées, membres de la communauté LGBTQ2+ et/ou âgées.

1. L'expérience des femmes immigrantes et/ou racisées en SSRF

L'approche féministe du CSFM en SSR s'exprime non seulement à travers ses pratiques permettant potentiellement l'agentivité et l'autonomisation des femmes et ses efforts de démedicalisation, mais également par son intégration de l'intersectionnalité. Le centre reconnaît ainsi la façon dont l'intersection de plusieurs oppressions peut exercer une influence sur la santé des femmes, et plus spécifiquement sur leur SSR. Marianne m'explique à cet effet que le CSFM offre des formations et des ateliers au sujet du système de santé québécois potentiellement difficile à naviguer pour les femmes néo-québécoises et leur famille :

[Nous offrons un atelier] sur le système de santé québécois pour les nouvelles arrivantes. Celui-là, c'est vraiment comment naviguer le système qui est vraiment différent d'ailleurs et parler des recommandations, par exemple dans plusieurs pays, chaque femme a un gynécologue qu'elle va voir pour des tests Pap, tandis qu'ici c'est vraiment quelque chose qui est fait par une infirmière ou par un omnipraticien. Le test Pap n'est pas recommandé à chaque année ici, donc on donne des connaissances, on les équipe pour mieux naviguer, savoir ce qui est correct, ce qui est normal, ce qui n'est pas normal, savoir vers où se tourner lorsqu'on a de la difficulté à accéder au système.

Le CSFM reconnaît ainsi la façon dont le statut migratoire peut exercer une influence sur la santé des femmes immigrantes au Québec, notamment en raison de leur manque de connaissance au sujet du fonctionnement d'un système de santé qui leur est étranger. En effet, plusieurs enjeux de SSR se situent à l'intersection du genre, du statut migratoire et de la classe, notamment l'accès à une méthode contraceptive et l'éducation à la sexualité. Par exemple, le manque de connaissances au sujet du système de santé québécois, le manque de confiance envers le personnel soignant dans un contexte interculturel — par exemple en raison de la barrière linguistique ou de traumatismes liés à de mauvaises expériences de santé auprès du système de santé québécois — et le coût associé à la contraception sans assurance-maladie sont cités comme des obstacles potentiels

à la SSR par les femmes immigrantes au Québec (Gonin 2022). Les femmes immigrantes utilisent donc moins la pilule contraceptive que les femmes natives du Québec — la prescription de contraceptifs hormonaux nécessitant une consultation avec un ou une professionnel·le·s de la santé — et priorisent plutôt les méthodes du condom masculin, du suivi du cycle et du coït interrompu²⁸ (Finnsdottir et Wu 2019, 41; Gonin 2022). Les nouvelles arrivantes sont donc plus susceptibles d'utiliser des méthodes contraceptives moins médicalisées que les femmes québécoises, qui priorisent plutôt des méthodes telles que la pilule contraceptive, le stérilet, la ligature des trompes de Fallope, etc. (Gonin 2022; Guzzo et Hayford 2012, 159). Cet écart peut être expliqué par le moindre revenu et le manque d'accès aux médecins de famille des personnes néo-québécoises. Or, les ménages à faibles revenus sont plus susceptibles d'utiliser des méthodes contraceptives moins médicalisées nuisant à l'autonomie contraceptive des femmes immigrantes, les méthodes moins médicalisées étant généralement moins chères et moins fiables que les méthodes médicalisées²⁹ (Gonin 2022; Guzzo et Hayford 2012, 159). En effet, les méthodes du condom masculin et du coït interrompu font reposer la responsabilité contraceptive sur la personne pouvant mettre enceinte — soit l'homme au sein d'une relation hétérosexuelle entre partenaires cisgenres — et nuisant ainsi à l'autonomie reproductive de la femme (Gonin 2022). Les femmes racisées et/ou immigrantes — notamment les femmes hispaniques et les femmes noires — sont donc plus à risque que les femmes blanches d'avoir des grossesses non-désirées causées par un manque d'éducation à la sexualité au

²⁸ L'interruption du rapport sexuel juste avant l'éjaculation de l'un des partenaires ne constitue pas une méthode contraceptive fiable, avec un taux d'efficacité de 73% selon l'organisme SOS Grossesse (2017).

²⁹ Le suivi du cycle et de la période de fertilité par symptothermie ou le condom masculin sont par exemple des méthodes contraceptives moins chères que la pilule contraceptive ou le stérilet, surtout sans assurances médicales privées.

sujet des méthodes de contraception les plus fiables et de leurs effets secondaires potentiels (Guzzo et Hayford 2012, 159). Les grossesses non-désirées sont par ailleurs associées à plusieurs conséquences négatives pour les femmes, leurs enfants et leur famille, dont un taux de mortalité plus élevé à la suite de l'accouchement, et ce autant pour la mère que pour l'enfant (Gerds et al. 2015, 58). Le manque d'éducation à la sexualité possible des femmes immigrantes pourrait donc exercer une influence sur leur choix de méthode de contraception, Geneviève ayant notamment soulevé ces lacunes:

Je pourrais dire que je n'ai pas été surprise que dans certaines communautés [...], des femmes n'aient pas eu l'occasion d'avoir toutes les informations nécessaires [au sujet de la sexualité et de la santé sexuelle et reproductive] parce que ce sont des sujets tabous qui ne sont pas abordés.

L'infirmière souligne également que plusieurs formations sur la diversité ethnique et corporelle sont offertes aux travailleuses du CSFM afin de préparer celles-ci aux enjeux intersectionnels ayant des conséquences sur la SSR de sa clientèle :

[Nous avons des formations au sujet] des particularités des femmes autochtones. Nous avons aussi une formation sur les mutilations [génitales féminines] et sur les femmes racisées et leur expérience lorsqu'elles consultent en santé sexuelle [et reproductive]. [Nous avons donc souvent des formations qui s'inscrivent dans] l'approche féministe, dans les connaissances et dans l'ouverture par rapport à l'inclusion de toutes les femmes et de la diversité.

Ces formations leur permettent de souligner l'unicité de l'expérience des soins en SSR, et donc de rappeler l'importance du relativisme culturel afin de combattre le réflexe ethnocentrique des travailleuses dans un contexte de rencontre avec des femmes issues de la diversité ethnique, linguistique, culturelle et/ou religieuse :

Donc, c'est vraiment d'essayer de porter attention à des choses qui se font naturellement sans prendre le temps de réfléchir, comme de présumer qu'une femme d'une autre origine ne connaît pas certaines choses de la contraception, ou des choses comme ça. C'est un travail constant de se rappeler que cette approche-là d'ouverture et de non-jugement, c'est un travail constant parce qu'il y a comme des réflexes qui reviennent naturellement sans trop qu'on s'en rende compte, sans trop qu'on y réfléchisse.

Afin de s'adapter à sa clientèle, le CSFM traduit également toute la documentation mise à la disposition des femmes, dont le formulaire de consentement obligatoire lors de l'ouverture d'un dossier au centre. Marianne m'explique que lorsque les travailleuses « remarquent l'achalandage d'une certaine communauté ethnique ou linguistique », elles essaient de « développer des outils afin de mieux répondre aux besoins » de ces femmes. La sexologue estime donc qu'il existe dix versions différentes du formulaire de consentement, et précise également que plusieurs travailleuses sont polyglottes. Il s'agit ainsi d'une façon efficace de s'adapter à la diversité linguistique, mais pas nécessairement à la diversité culturelle des femmes visitant le centre. Comme souligné par Marianne, le rapport à la sexualité et à la SSR étant culturellement très variable, le CSFM pourrait également être en mesure d'adresser cette diversité. Elle m'explique ainsi que lorsque le centre est invité par un organisme quelconque afin de présenter leurs formations ou leurs ateliers, les travailleuses s'appuient beaucoup sur les connaissances des intervenant·e·s afin d'adapter leur approche au contexte culturel, ethnique et/ou religieux des femmes ciblées par les ateliers. Cependant, Marianne soulève le manque de financement du CSFM qui nuit à la possibilité d'adapter toutes ses ressources à ces contextes variés, mais m'explique que le centre travaille présentement sur un projet de recherche conjoint avec l'UQAM au sujet du parcours contraceptif des femmes immigrantes et néo-québécoises habitant au Québec depuis moins de dix ans :

C'est [un projet] justement mis en place parce que nous avons de plus en plus de femmes qui sont issues de la diversité, et nous souhaitons donc nous assurer de bien les desservir et de leur offrir des services qui sont pertinents pour elles. [Nous souhaitons évaluer si les services que nous offrons sont adaptés], comment on peut les changer, mais aussi comment on pourrait les bonifier selon ce dont elles auraient besoin.

Dans sa pratique de l'herboristerie, Sarah-Maria tente elle aussi d'adapter son approche aux réalités intersectionnelles des femmes immigrantes et/ou racisées. Elle m'explique par exemple que les femmes noires sont plus sujettes à développer des fibromes utérins que les femmes blanches (Racinet 2009, 119), et qu'elle tente donc de diriger ces dernières vers des ressources appropriées et adaptées aux réalités intersectionnelles de leur communauté si elles le souhaitent. Elle s'adapte également aux particularités des religions pratiquées par les femmes, et notamment aux femmes musulmanes, en respectant les contraintes imposées par leurs pratiques religieuses. Par exemple, elle propose des teintures mères³⁰ infusées dans du vinaigre plutôt que dans de l'alcool afin de s'adapter à l'interdiction proscrite par les croyances musulmanes de boire de l'alcool, tout en permettant aux femmes pratiquantes de consommer les plantes de façon variée et efficace. Pour Sarah-Maria, il s'agit ainsi de lutter contre les pratiques colonialistes inhérentes selon elle à la biomédecine à travers une pratique féministe, holistique et intersectionnelle de l'herboristerie : « Pour moi, une approche féministe de la santé, c'est aussi de lutter contre les pratiques, les idéologies, les structures patriarcales et colonialistes de l'approche biomédicale de la santé actuelle ».

Les femmes racisées et/ou immigrantes ayant également tendance à être plus pauvres que les femmes blanches, Sarah-Maria propose également des consultations à prix réduit, bien qu'elle soit consciente qu'une telle mesure pourrait être insuffisante en raison du manque de reconnaissance de l'herboristerie thérapeutique comme complément à la biomédecine conventionnelle :

J'offre des prix étudiants ou des prix faibles revenus. Parfois, j'offre des consultations gratuites, mais après, c'est bien beau, mais comment font-elles pour

³⁰ Extrait liquide de plante concentré constitué d'une ou de plusieurs plantes médicinales macérées dans un mélange l'alcool afin d'en extraire les propriétés thérapeutiques.

se procurer les [plantes] ? Ça coûte super cher, donc ça c'est le plus gros inconvénient, je dirais, de la médecine holistique. Si le système de santé [conventionnel] reconnaissait la santé intégrative et qu'on pouvait [intégrer] les plantes et suppléments dans la médecine conventionnelle et qu'ils pouvaient être en partie remboursés, ça serait beaucoup plus facile. Ça, justement, c'est quelque chose que le système androcentré pourrait faire.

Le coût associé aux plantes et aux suppléments naturels en herboristerie et en médecines complémentaires en général est donc un obstacle intersectionnel à l'accessibilité de ces dernières pour toutes les femmes. Sarah-Maria déplore ainsi que l'herboristerie thérapeutique ne soit pas nécessairement reconnue comme une alternative valide à la biomédecine par les régimes d'assurances privées et par la RAMQ, ce qui nuit à son accessibilité pour les femmes issues de milieux socioéconomiques plus défavorisés, et donc aux femmes racisées et/ou immigrantes. L'approche féministe en SSR du CSFM et de Sarah-Maria cherchent ainsi à s'adapter aux obstacles intersectionnels des femmes immigrantes et/ou racisées exerçant une influence sur leur SSR, dont leur éducation sexuelle, leur manque d'accès à des méthodes de contraception favorisant leur autonomie reproductive — médicalisée ou non — et leur milieu socioéconomique ayant tendance à être défavorisé. Certaines lacunes sont cependant présentes parmi leurs approches, notamment leur manque d'adaptation à certains contextes culturels et le coût associé à leurs services, mais des mesures sont mises en œuvre autant par le CSFM que par Sarah-Maria afin d'améliorer leur accessibilité pour toutes les femmes.

2. Les personnes LGBTQ2+ et la santé SSRF

L'approche féministe et intersectionnelle en SSR adresse également la diversité de genre et la diversité des orientations sexuelles. Le CSFM produit par exemple plusieurs documents sur la sexualité et la SSR des personnes LGBTQ2+, notamment sur les ITSS et leur transmission au sein des relations homosexuelles et sur l'expérience de l'avortement

par les personnes trans et non-binaires, entre autres. La documentation explique par exemple le processus de l'IVGI et de l'IVGM, en plus d'offrir quelques pistes de réflexions afin de permettre aux personnes trans, non-binaires et/ou bispirituelles de vivre une expérience de l'avortement en adéquation avec leur identité. Ces personnes sont ainsi encouragées à entre autres demander au personnel soignant d'utiliser les pronoms appropriés afin d'éviter d'assumer leur identité de genre et/ou leur orientation sexuelle³¹, à comprendre et à accepter la dysphorie de genre provoquée par l'association d'une grossesse à la féminité, et à être accompagné·e d'un·e Aîné·e — pour les personnes bispirituelles et/ou autochtones — durant l'intervention. Les femmes cisgenres et membres de la communauté LGBTQ2+ étant plus susceptibles d'avoir des grossesses non-désirées que les femmes cisgenres hétérosexuelles, un document est également mis à leur disposition afin d'aborder les enjeux intersectionnels des femmes queer au sujet de l'avortement, notamment afin de valider leur identité malgré le recours à une intervention socialement associée aux femmes cisgenres et hétérosexuelles (Harnett et al. 2017 148). Parmi les documents produits par le centre, certains abordent également l'expérience des personnes LGBTQ2+ en SSR, notamment le livret intitulé *La santé, ça se partage! Guide de vulgarisation de documents sur la santé des femmes lesbiennes*.

Durant les entretiens avec les travailleuses du CSFM, la diversité des orientations sexuelles et des identités de genre et la façon de s'y adresser n'est cependant pas systématiquement mentionnée, et je dois poser des questions sur le sujet afin d'en apprendre davantage au sujet des mesures mises en œuvre par le centre à ce propos.

³¹ L'utilisation des pronoms appropriés devrait cependant constituer une pratique médicale — féministe ou non — répandue afin d'assurer le confort du ou de la patient·e et d'offrir des soins inclusifs et intersectionnels.

Marianne m'explique notamment qu'en raison du nom du centre et de la présence du mot « femme », la diversité des identités de genre n'est pas représentée puisqu'il « s'agit d'un choix qui a été fait il y a 50 ans », et donc à une époque où la communauté LGBTQ2+ n'était pas aussi représentée et considérée qu'aujourd'hui. Geneviève souligne également que le nom du centre encourage l'association des femmes cisgenres et hétérosexuelles à l'IVG, bien que des hommes trans et des personnes non-binaires puissent également profiter des soins et des procédures offerts par le CSFM :

On a eu des discussions sur [le fait de ne pas assumer le genre ou l'orientation sexuelle d'une personne], [puisque ce n'est pas parce qu'une femme qui vient ici pour un avortement] a eu une relation sexuelle qui l'a mise enceinte qu'elle est hétérosexuelle. Nous essayons donc vraiment d'avoir une ouverture pour que le Centre de santé des femmes soit [ouvert] à toute personne qui s'identifie comme femme, ou toute personne ou... En tout cas, on est dans un gros débat présentement avec le mot « femme » (rires).

Geneviève m'explique ainsi que le CSFM tente de s'adresser à toute personne s'identifiant comme femme, mais déplore aussi que si une personne « n'a pas d'utérus, [le CSFM] ne peut pas nécessairement [lui] offrir des soins ». Il s'agit donc selon elle d'une situation complexe à laquelle le centre essaye de s'adapter afin d'être plus inclusif pour les personnes dont le sexe biologique et/ou l'identité de genre se situent à l'extérieur de la binarité normative associant par exemple le genre et le sexe féminins à la grossesse et à l'avortement. Les ateliers et les formations offerts par le CSFM sont cependant adaptés et proposés à toute personne d'identifiant comme femme, bien que la majorité des personnes y participant soit des femmes cisgenres, comme le souligne Marianne.

Tout comme le CSFM, Sarah-Maria tente de s'adapter aux réalités intersectionnelles des personnes membres de la communauté LGBTQ2+, bien que ces dernières soient très peu représentées parmi sa clientèle :

[Parmi ma clientèle], j'ai quand même une diversité de cultures, une diversité religieuse, une diversité d'horizons, de tout ça. Après, au niveau de la diversité sexuelle, pas nécessairement... Mais c'est sûr que oui. Par exemple, si j'ai une femme lesbienne qui vient me voir, me parle de... Je pense à une femme [lesbienne] qui avait des vaginites, je vais adapter ma façon de la traiter à cette réalité-là, c'est certain.

L'herboriste m'explique également que sa pratique ne s'adapte pas nécessairement aux réalités des personnes dont l'identité de genre ne correspond pas à celle qui leur a été attribuée à la naissance, et qui n'est donc pas nécessairement en adéquation avec leur sexe biologique :

Au niveau de la diversité des genres, je ne m'y adresse pas nécessairement. J'utilise le mot « femme ». C'est un choix d'utiliser le mot « femme », parce que je trouve qu'on commence juste à se réappropriier ce mot. Je pense qu'on a encore du chemin à faire avant de simplement dire « personne avec un utérus ». Je trouve qu'on perdrait beaucoup, le féminisme perdrait beaucoup. Donc non, je ne m'adresse pas aux « personnes avec un utérus ». Mais si jamais il y a une personne avec un utérus qui vient me voir, ce qui n'est pas encore arrivé, je vais m'adapter à cette réalité de genre, bien sûr.

Sarah-Maria m'explique que son utilisation du mot « femme » a cependant été critiquée, notamment en raison du nom associé au groupe Facebook dont elle est l'administratrice, *Santé des femmes au naturel*, qui constitue un espace de sororité au sujet de la santé des femmes et des médecines complémentaires :

Ce n'était pas vraiment un reproche, mais plutôt quelqu'un qui disait « je ne trouve pas ma place dans la santé naturelle comme personne transsexuelle ». Donc, le mot d'accueil a été changé pour « toute personne non-binaire est la bienvenue ». Ensuite, j'ai fait une réflexion là-dessus et j'ai choisi de continuer à utiliser le mot « femme » parce que, comme je disais, ça participe pour moi à une pensée féministe. Je trouve qu'il est trop tôt. Tant que les femmes n'auront pas les mêmes [droits], la même considération que les autres, en tout cas dans mon domaine en matière de soins de santé, il va être trop tôt pour enlever le mot « femme » et juste dire « personne avec un utérus ». Pour l'instant, c'est mon approche.

La démarche de Sarah-Maria s'inscrit ainsi dans une réappropriation du mot « femme » au sein d'une discipline généralement androcentrée et de laquelle les femmes ont été historiquement et systématiquement rejetées. Or, le débat sur la transidentité et son

intégration aux féminismes et aux espaces « féminins » est assez récent et ne semble pas encore adressé en SSR, féministe ou non (Le Conte 2022).

Les personnes trans ont pourtant moins accès à des soins en SSR que les personnes cisgenres, comme démontré par une étude américaine regroupant 6 000 hommes trans. En effet, 19% se seraient fait refuser des soins médicaux, 25% auraient déjà retardé une consultation médicale, 28% auraient repoussé une consultation médicale alors qu'ils étaient malades ou blessés, 33% auraient retardé ou annulé un rendez-vous médical après avoir vécu de la discrimination, et 2% rapportent avoir vécu une agression physique à l'hôpital ou dans un cabinet de médecine (Grant et al. 2011, 76). Une autre étude a également démontré que 80% des gynécologues n'auraient pas été spécifiquement formé·e·s afin de fournir des soins adaptés aux besoins des personnes trans durant leurs études de médecine, et que respectivement 88% et 80% étaient disposé·e·s à effectuer des tests Pap et des examens des seins de routine auprès de leurs patients trans (Unger 2015, 115). Ainsi, malgré le peu de connaissance des soignant·e·s au sujet des réalités de ces individus, la majorité d'entre eux rapportent être disposé·e·s à leur offrir des soins en SSR (Unger 2015, 117). Les soins gynécologiques en SSR ont cependant tendance à représenter une source d'anxiété et de peur pour les hommes trans, et il relèverait donc de la responsabilité des soignant·e·s d'adapter leur approche des SSRF afin d'accommoder les besoins et les réalités de ces derniers et des personnes non-binaires (Unger 2015, 117; Sbragia et Vottero 2020, 1892).

Il s'agirait donc d'adapter les soins en SSRF à l'expérience des personnes trans mais, comme le soulève Geneviève, il n'est pas possible d'offrir un test Pap à des femmes

trans³² ne possédant par les organes génitaux et l'appareil reproducteur médicalement et biologiquement catégorisés comme « féminins »³³ et pour la santé desquels le CSFM offre des soins. Or, les hommes trans³⁴ et les personnes non-binaires pourraient nécessiter de certains des soins offerts par le centre tels que des tests Pap et de dépistage, la prescription de contraceptifs hormonaux ou d'un avortement. La SSR des femmes trans ne peut donc pas nécessairement être adressée par des centres de santé dont la clientèle ciblée sont les femmes cisgenres ayant des relations hétérosexuelles avec des hommes cisgenres, excluant et/ou invisibilisant ainsi les hommes trans homosexuels et les femmes lesbiennes ou bisexuelles — les travailleuses du CSFM ayant par exemple tendance à assumer l'hétérosexualité des femmes se présentant pour une IVG, bien qu'il s'agit d'un réflexe dont elles ont conscience et qu'elles essayent d'outrepasser, tel que me l'explique Geneviève. Les cliniques genrées tel que le CSFM pourraient ainsi être considérées comme exclusives aux femmes cisgenres, rejetant ainsi les personnes dont l'identité de genre et l'orientation sexuelle sont en marge de cette conception normative du genre et de la sexualité. La majorité des hommes trans n'ayant pas de chirurgies génitales de réassignation sexuelle³⁵, et plusieurs rapportant avoir eu des rapports sexuels vaginaux avec un homme cisgenre, ils nécessitent ainsi les mêmes soins en SSR que les femmes cisgenres hétérosexuelles (Bauer et al. 2013, 67). Les personnes LGBTQ2+ étant plus à risque de contracter des ITSS et le VIH ainsi que plus susceptibles de subir de la

³² Les femmes trans (*male-to-female spectrum transgender people*) portant les organes génitaux et le système reproducteur biologiquement catégorisés comme « masculins ».

³³ La vulve, le vagin, les ovaires, le col de l'utérus, l'utérus et les trompes de Fallope.

³⁴ Les hommes trans (*female-to-male spectrum transgender people*) portant les organes génitaux et le système reproducteur biologiquement catégorisés comme « féminins ».

³⁵ Chirurgie permettant de modifier les caractéristiques sexuelles de naissance d'un individu afin que celles-ci correspondent au genre d'un individu, telle que l'hystérectomie pour les hommes trans.

discrimination et de la stigmatisation au sein du système de santé conventionnel, leur SSR pourrait donc être ciblée de façon spécifique et adaptée à leurs besoins intersectionnels (Campbell 2013, 38). Le CSFM pourrait ainsi offrir des soins en SSR aux femmes trans, tels que des tests de dépistage d'ITSS, et adopter des mesures afin de garantir l'inclusion des hommes trans à leur clientèle. Sarah-Maria pourrait également s'assurer d'inclure les hommes trans et les personnes non-binaires dont les organes génitaux et le système reproducteur sont biologiquement et médicalement considérés comme « féminins » parmi sa clientèle.

Il est cependant problématique de réduire des individus à leurs organes génitaux et à leur système reproducteur afin de les catégoriser biologiquement, mais cette catégorisation est malheureusement nécessaire afin d'offrir des soins en SSR qui sont adaptés au corps des personnes nécessitant ce type de soins. Il serait ainsi essentiel pour les soignant·e·s d'adapter leur approche ainsi que les interventions et les procédures en SSRF afin de permettre aux personnes trans et non-binaires de se sentir incluses et euphoriques dans leur genre (*gender euphoria*)³⁶. Les soignant·e·s en SSRF pourraient également améliorer leurs connaissances au sujet de la SSR des personnes LGBTQ2+ et ne pas assumer l'identité de genre et l'orientation sexuelle de leur clientèle afin de créer des espaces plus inclusifs (Campbell 2013, 38).

³⁶ Le terme *gender euphoria* s'oppose à celui de *gender dysphoria*, c'est-à-dire la détresse ressentie par une personne trans face à un sentiment d'inadéquation entre son genre assigné à la naissance et son identité de genre. L'euphorie de genre est ainsi un sentiment de bien-être au sujet de l'identité de genre ressenti par un individu.

3. L'expérience des femmes âgées en SSR

Les femmes âgées, et donc pré- ou ménopausées, ont tendance à être exclues des soins en SSR, le suivi de ménopause n'étant pas un service fréquemment offert au sein et en marge du système de santé conventionnel. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette exclusion, dont l'essentialisation des femmes et leur réduction à leurs fonctions reproductives visibilisant les femmes en âge de se reproduire et invisibilisant celles ne pouvant pas ou ne pouvant plus donner naissance. L'essentialisation des femmes pourrait ainsi avoir une incidence sur leur SSR, certains aspects de leur corps, de leur santé et de leurs expériences n'étant pas nécessairement adressés par l'approche féministe du CSFM et de Sarah-Maria.

3.1. L'essentialisation des femmes et de leurs fonctions reproductives

L'essentialisation des femmes et de leurs fonctions reproductives est historiquement liée à l'étude socioanthropologique et médicale de « la femme » comme un être dichotomique à l'homme au XVIII^e siècle, et ce « dans un contexte général de découverte des vertus de la reproduction et de la maternité » (Membrado 2006, 18). Le sociologue Émile Durkheim a notamment étudié le rapport biologique des femmes au suicide, en justifiant le taux différentiel entre les femmes et les hommes par la propension plus instinctive et efficace de ces premières à trouver « la paix et le calme » que les hommes (Membrado 2006, 18). Cette association des femmes aux instincts et à la passivité, et donc à la nature, a notamment été théorisée et étudiée en anthropologie par Shirley Ardener (1993), Barbara Diane Miller (1993) et Sherry Otner (1972), entre autres. Selon ces stéréotypes, la femme serait associée à l'instinct, au *care* et à l'environnement naturel, faisant par exemple de « l'instinct maternel » une compétence innée plutôt que socialement

acquise, et contribuant ainsi aux stéréotypes normatifs de genre et à la réduction des femmes à leurs fonctions reproductives (Blum 1980, 94). Les hommes seraient quant à eux associés à la notion de culture, et donc à la dominance, à l'agressivité et à l'environnement social, et ce déterminisme socioculturel influence ainsi non seulement les normes sociales de genre, mais également les soins de santé fournis aux femmes (Blum 1980, 94).

Dans sa pratique de l'herboristerie, Sarah-Maria associe par exemple les femmes à la nature et à leur instinct de reproduction dans son approche de la SSRF, notamment à travers ses formations et ses ateliers — ayant précédemment été mentionnées dans le chapitre II — centrés sur le lien intrinsèque et millénaire entre la femme et la nature et la façon dont cette union pourrait permettre une meilleure santé générale. Elle s'efforce d'autonomiser les femmes à travers la consommation de plantes médicinales sous diverses formes afin de démedicaliser la SSR de ces dernières, tout en ciblant leur alimentation et leur hygiène de vie afin de contribuer à la réappropriation de leur santé. Or, elle intègre une conception spirituelle qui tend à amalgamer les femmes et la nature, reproduisant l'association de ces deux entités — et dans une certaine mesure des hommes à la culture par dichotomie — à l'époque des Lumières :

Je me sens vraiment très liée à la fois à nos ancêtres et à leurs anciennes pratiques qui honorerait la Terre, qui honoraient le cycle des saisons. Pour moi, c'est une spiritualité terre-à-terre qui honore les changements de saison, qui honore les plantes, donc c'est sûr que je vais beaucoup faire un lien avec les traditions, particulièrement dans mes ateliers. J'ai aussi écrit un livre, « La sagesse des pouvoirs du cycle féminin », dans lequel je parle de la symbolique de l'écoute du cycle hormonal [des femmes], une symbolique qui est axée sur les saisons. En fait, j'ai l'impression que notre corps reproduit les mêmes saisons de la Terre quand on le vit au naturel. Mes formations « Rythmes féminins » sont donc ancrées dans cette vision. Les anciennes traditions, que ce soient celles des Premières Nations ou des [premiers peuples] d'Europe, avaient cette même vision de cycles naturels.

Sarah-Maria m'assure cependant qu'elle intègre maintenant une approche plus clinique à la suite de ses études de deuxième cycle universitaire en étude des pratiques

psychosociales, et que cette association des femmes et de leurs fonctions reproductives à la nature et aux saisons teintait plutôt son approche au début de sa carrière, il y a plus de quinze ans. Cette vision a cependant toujours une incidence sur les formations et les ateliers qui sont offerts à sa clientèle, de même que son livre publié en 2014, et pourrait contribuer à l'essentialisation des fonctions reproductives des femmes. Or, l'essentialisation des fonctions reproductives des femmes de même que leur association systématique à ces dernières en santé pourraient contribuer à invisibiliser l'expérience de celles ne pouvant pas ou ne pouvant plus avoir d'enfants, notamment les femmes infertiles, les femmes trans et les femmes ménopausées, de même que leurs enjeux de santé sexuelle spécifiques n'étant pas associés à la reproduction.

La réduction des femmes à leurs fonctions reproductives, soit celles de tomber enceinte, d'accoucher et de s'occuper des enfants, pourrait également être contraignante et limitative dans la mesure où les femmes ne sont pas uniquement de (potentielles) reproductrices (Inhorn 2006, 350 ; Membrado 2006, 16). L'association systématique des femmes à leurs fonctions de reproduction pourrait donc contribuer à invisibiliser certaines pathologies du corps féminin n'étant pas nécessairement liées à la capacité de se reproduire, comme les fistules vaginales, le cancer du col de l'utérus, la maladie pelvienne inflammatoire, les prolapsus utérins ou les douleurs lors des rapports sexuels associées au vaginisme ou à la dyspareunie (Inhorn 2006, 351). Par exemple, c'est l'intérêt médical pour la transmission materno-fœtale du VIH qui a permis la visibilité des femmes séropositives, alors que les études sur la séropositivité étaient auparavant centrées sur l'expression et la transmission masculines de la maladie, notamment auprès des hommes homosexuels (Membrado 2006, 17). De plus, les campagnes de santé publique ont généralement

tendance à cibler la santé maternelle et infantile, délaissant ainsi certains aspects de la santé des femmes se situant en périphérie de la santé reproductive (Inhorn 2006, 351). Cette association systématique des femmes à leurs fonctions reproductives ainsi que leur essentialisation contribuent donc à l'invisibilisation des femmes n'étant plus en mesure de se reproduire en SSR, soit des femmes vieillissantes — et dans une certaine mesure des femmes trans et des femmes infertiles. La ménopause est ainsi un phénomène biologique généralement ignoré par le système de santé conventionnel, mais également par le CSFM et Sarah-Maria, excluant ainsi la façon dont l'âgisme peut avoir une incidence sur la SSR des femmes.

3.2. L'invisibilisation de l'expérience de la ménopause

Le suivi de ménopause est un processus long qui demande plusieurs rencontres de suivis entre le ou la médecin et ses patient·e·s et qui a tendance à être (sur)médicalisé, notamment en raison de la prise de médicaments hormonaux visant à en réduire les symptômes. Ces symptômes incluent sans s'y limiter des menstruations irrégulières, de l'insomnie, de l'anxiété, des sautes d'humeur, de la sécheresse vaginale, des douleurs aux seins, une diminution du désir sexuel, des sueurs matinales et/ou nocturnes, etc. (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada 2022). Olivia m'explique que plusieurs femmes se présentent au centre afin d'obtenir un suivi leur permettant de mieux comprendre, et donc de mieux gérer ces symptômes :

Dernièrement, on a eu des appels de femmes qui désiraient avoir des suivis pour la ménopause. [...] Ces femmes-là me disaient, une en particulier, « mon médecin de famille ne veut pas me faire mon suivi pour ma ménopause parce qu'il ne connaît pas assez ça, il n'y a aucun autre médecin à Montréal qui veut me prendre ». Donc, cette femme-là qui vivait de la détresse par rapport à ses symptômes de ménopause n'avait nulle part où aller, aucune porte où aller cogner.

Marianne souligne également la façon dont certaines femmes se sentent délaissées par le système de santé conventionnel et se tournent donc vers le CSFM afin d'obtenir de l'aide :

Ce sont souvent des femmes auxquelles [...] qui sont isolées ou en situation vulnérable et qui ressentent beaucoup de pression pour vieillir d'une certaine façon, qui vivent des changements dans leur corps, dans leur libido, dans leur relation à la sexualité ou dans leur image corporelle et qui ne savent pas nécessairement comment faire sens et se redéfinir dans tout ça.

Cependant, en raison d'un manque de ressources matérielles et de personnel, le suivi de ménopause n'est pas un service qui est offert à la clientèle du CSFM, enjeu davantage exacerbé par les conséquences de la pandémie sur les systèmes de santé publique et privé. Geneviève explique également les lacunes du système de santé conventionnel au sujet du suivi de ménopause, soulignant que « ce sont des rencontres qui sont longues, et il y a très, très peu de médecins dans le [système de santé] publique qui veulent [en] faire ». Elle déplore donc que certains médecins de famille choisissent de ne pas offrir certains suivis ou soins par manque de connaissance, tel que souligné précédemment, ou par souci d'efficacité — les médecins étant rémunérés au nombre de patient·e·s, alors que le reste du personnel soignant est plutôt rémunéré selon le nombre d'heures travaillées. Pour Geneviève, ce débalancement entre les médecins « payé·e·s à l'acte » et le personnel infirmier et les préposé·e·s « payé·e·s à l'heure » fait en sorte que les femmes sont généralement désavantagées quant à leur SSR, certains médecins refusant d'offrir un suivi de ménopause ou l'installation et le retrait de stérilet. Marianne mentionne également les mêmes enjeux, mais de façon plus nuancée :

Malheureusement, très peu de médecins de famille offrent de faire ce genre de suivi-là où on les connaît pour le faire, ce n'est pas très payant non plus. Un suivi de rencontre de ménopause peut durer une heure, et pendant ce temps-là, il aurait pu voir, je ne sais pas, cinq personnes et les dépister et charger plus, donc ce n'est pas payant, malheureusement. Je ne voudrais pas remettre la faute sur les

médecins, mais le système de facturation de la RAMQ pourrait être revu parce que, définitivement, un suivi de ménopause ne prendra pas cinq minutes comme pourrait prendre un dépistage. Il y a cette problématique-là qui est structurelle, et après c'est de convaincre des médecins et des ressources.

Marianne souligne également que les femmes critiquent la précarité des ressources disponibles afin de répondre à leurs questionnements sur le phénomène dont elles font l'expérience, ainsi que le manque d'information leur permettant de faire un choix éclairé au sujet de leur cheminement thérapeutique. Leurs médecins refusent pourtant d'offrir ce type de soins, et certaines femmes doivent donc se tourner vers d'autres alternatives afin d'obtenir un suivi, tel que les services offerts par Sarah-Maria. Celle-ci offre notamment des consultations d'une heure durant lesquelles elle peut écouter les soucis des femmes et leur proposer un traitement adapté à leurs réalités et à leurs besoins, contrairement à ce qui est proposé par le système de santé conventionnel : « C'est juste que le système actuel, et les médecins eux-mêmes sont pris dans ce système-là, mais ils ont quinze minutes pour voir leurs patients, ils n'ont pas le temps d'expliquer tout ça ». Or, la ménopause et la contraception sont des enjeux inhérents à la SSR féminine, et Geneviève souligne qu'il est de la responsabilité des médecins et du personnel soignant de s'informer au sujet de la santé des femmes afin de pouvoir leur offrir les soins et les traitements appropriés. Cependant, le fait que les médecins soient rémunérés à l'acte les dissuade d'offrir des suivis et des traitements qui demandent plus de temps, tel que le suivi de ménopause :

Tant que les médecins vont être rémunérés à l'acte, ça va tout changer dans le système de santé. [...] Un médecin qui va prendre le temps, ça change tout. D'être rémunéré à l'acte, c'est choisir de faire des interventions qui rapportent de l'argent et d'en mettre d'autres de côté qui n'en rapportent pas [...].

Pour les travailleuses du CSFM et Sarah-Maria, l'approche féministe est ainsi une façon d'offrir des soins en SSR à des femmes délaissées par le système de santé conventionnel : « Je pense qu'il y a beaucoup de femmes qui appellent ici parce qu'elles

sont insatisfaites de leur expérience dans le reste du réseau [de la santé] » déplore Olivia, qui souligne également que beaucoup de femmes semblent visiter le centre parce que les soins de santé conventionnels ne correspondent pas à leurs besoins spécifiques en SSR. Elle aborde également l'invisibilisation de la ménopause au sein du système de santé :

C'est de passer complètement outre ce qui est juste féminin ou en SSR. On dirait que dans le réseau [de la santé] [...], il y a un genre de... Pas un dégoût, mais que les gens sont plus mal à l'aise d'en parler. J'imagine que c'est parce qu'ils ont moins l'habitude, ou pas les connaissances, ou... Juste de faire comme si ça n'existait pas [la ménopause], ou de ne pas [la] prendre sérieusement.

Cependant, pour que l'approche féministe soit également intégrée au système de santé conventionnel, « il faudrait revoir complètement [ce système] et [avoir] des médecins payés à l'heure qui peuvent [offrir] le même temps et la même implication, peu importe le service rendu » selon Geneviève. Il est cependant important de resouligner que le suivi de ménopause n'est toujours pas un service offert à la clientèle du CSFM, bien que ce soit « quelque chose qu'éventuellement nous voudrions offrir parce qu'on trouve ça terrible d'accompagner une femme tant qu'elle est fertile, mais de ne plus lui en offrir dès qu'elle ne l'est plus » ajoute l'infirmière. Quant à Sarah-Maria, elle offre un service de suivi de ménopause n'étant malheureusement pas subventionné par la RAMQ, impliquant donc des enjeux intersectionnels défavorisant les femmes en situation de précarité économique, parmi lesquelles les femmes racisées et immigrantes sont surreprésentées, ainsi que les femmes ne possédant pas d'assurances médicales privées. Sarah-Maria souligne également qu'en herboristerie thérapeutique, les traitements prescrits pour la gestion des symptômes de la ménopause peuvent impliquer l'achat de différentes plantes médicinales et de leurs dérivés (huiles essentielles, teintures-mères, etc.) n'étant pas reconnus comme des médicaments par la RAMQ, et n'étant donc pas remboursés par les régimes d'assurances publiques. L'herboristerie thérapeutique est également souvent oubliée par les compagnies

d'assurances privées au profit d'autres formes de médecines complémentaires et alternatives, telles que la naturopathie ou la massothérapie. Plusieurs enjeux intersectionnels contribuent donc à rendre le suivi de ménopause difficile d'accès pour certaines femmes, telle que la réduction de celles-ci à leurs fonctions reproductives, dont la ménopause les dépossède (De Koninck 1990, 124).

3.3. L'invisibilisation des femmes âgées en SSR

Le CSFM n'offrant pas de suivi de ménopause à sa clientèle, Geneviève déplore que les femmes puissent obtenir des soins alors qu'elles sont fertiles, et qu'elles ne peuvent plus en recevoir une fois ménopausées. Le suivi de ménopause étant un service difficile à obtenir dans le système de santé conventionnel, il est ainsi possible d'avancer que ce phénomène est symptomatique de l'invisibilisation médicale et sociale des femmes âgées. En effet, si la propension à réduire les femmes à leurs fonctions reproductives a été précédemment démontrée, l'invisibilisation et la dévalorisation des femmes ménopausées sont inévitables au sein d'un système valorisant plutôt la capacité de se reproduire. Marianne déplore de ce fait le manque d'accompagnement des femmes vieillissantes au centre :

Il y a beaucoup de femmes qui n'ont pas nécessairement l'information ou l'endroit pour en parler, c'est souvent des femmes auxquelles on a accès dans certains organismes et qui sont isolées, dans une situation plus vulnérable, qui ressentent beaucoup de pression pour vieillir d'une certaine façon, qui vivent des changements dans leur corps, dans leur libido, dans leur relation à la sexualité, dans leur image corporelle, et qui ne savent pas nécessairement comment faire sens, comment se redéfinir et tout ça.

Les soins en SSR ne sont donc pas nécessairement inclusifs pour les femmes préménopausées et ménopausées, la ménopause étant principalement caractérisée par l'arrêt des menstruations, et donc l'impossibilité d'être enceinte. Or, la sexualité des

femmes de 45 ans et plus³⁷ est invisibilisée par ce manque de ressources, puisque celles-ci ont toujours la possibilité de faire l'expérience d'une vie sexuelle épanouie, et donc de nécessiter des soins en SSR. Cette invisibilisation influence plusieurs stéréotypes selon lesquelles les femmes ménopausées, et les personnes âgées en général, sont inactives sexuellement (Hodson et Skeen 1994, 219). Pourtant, il a été démontré que certaines personnes âgées et femmes ménopausées ont une vie sexuelle active et épanouie, alors que pour d'autres, la sexualité après la ménopause est plus difficile en raison de facteurs variés comme une baisse de la libido, de la sécheresse vaginale, un manque d'estime personnelle, etc. (Bernhard 2002, 1092 ; Hodson et Skeen 1994, 219). Les médecins et le personnel soignant auraient également tendance à ignorer la sexualité des personnes âgées, et donc des femmes en âge d'être ménopausées, par malaise ou par manque de connaissances sur le sujet (Hodson et Skeen 1994, 221). Or, et tel que mentionné précédemment dans le chapitre II, les médecins et le personnel soignant ont la responsabilité de s'informer sur des enjeux de santé au sujet desquels ils ou elles sont moins familiers afin d'offrir des soins de santé appropriés et adaptés à toute leur clientèle. La sexualité des femmes âgées n'est donc pas monolithique, à l'instar de la sexualité des femmes en âge et ayant la capacité de se reproduire ciblées par les SSR, féministes ou non.

Les femmes préménopausées se tournent donc parfois vers les médecines complémentaires afin d'obtenir des soins pouvant atténuer les symptômes associés à cette période de leur vie reproductive, tel que souligné par Sarah-Maria et par Marianne. Cette dernière concède qu'il est possible que des femmes n'ayant pas eu accès à certains soins au CSFM, notamment un suivi de ménopause, décident de consulter en médecine

³⁷ L'âge moyen de l'apparition des premiers symptômes de la préménopause est de 45 à 55 ans chez la majorité des personnes faisant l'expérience de la ménopause.

complémentaire ou auprès du système de santé privé. « C'est très décevant dans notre système de santé quand le seul moyen d'avoir un suivi en ménopause c'est de devoir payer de sa poche et d'aller au privé quand on devrait y avoir accès au public selon les services qu'on offre en tant que société », déplore-t-elle. Le système de santé publique n'est donc pas adapté aux réalités empiriques des femmes âgées au sujet de leur santé sexuelle, puisque l'association systématique des femmes à leurs fonctions reproductrices invisibilise leurs expériences à partir du moment où la capacité de se reproduire ne leur est plus possible.

L'intersectionnalité est ainsi un concept essentiel à la SSRF afin d'assurer l'inclusion de toutes les femmes, tout en reconnaissant les facteurs et les enjeux intersectionnels ayant un impact sur leur état de santé général ainsi que sur leur SSR. Dans ce chapitre, les intersections du genre, de l'orientation sexuelle, de la classe, de la corpulence, du capacitisme, de l'âgisme, de l'ethnie et du nativisme ainsi que la façon dont ces enjeux nuisent ou bénéficient à certaines femmes au sujet de leur SSR ont ainsi été explorées.

CONCLUSION

L'objectif de la thèse était de démontrer la façon dont l'approche féministe en SSR pourrait contribuer ou non à l'autonomisation des femmes à travers le renforcement de leur agentivité; si les mesures inhérentes à l'approche féministe en SSR pouvaient ou non contribuer à la démedicalisation de l'expérience et du corps des femmes en SSRF; et si l'approche féministe en SSR pouvait ou non permettre d'adresser les enjeux et les obstacles intersectionnels expérimentés par les femmes dans leur cheminement thérapeutique. Les questions de recherches suivantes ont ainsi guidé l'analyse de cette étude des soignantes du CSFM et de l'herboriste-thérapeute Sarah-Maria recrutées comme participantes à ce projet, à savoir : Quelles sont les actions inhérentes à l'approche féministe en SSR mises en œuvre par les participantes afin d'encourager l'agentivité et de favoriser l'autonomisation des femmes de leur clientèle dans leur cheminement thérapeutique? Comment ces mesures pourraient-elles contribuer à la démedicalisation et à la réappropriation du corps des femmes dans un contexte de soins féministes en SSR? Quels sont les enjeux intersectionnels pouvant avoir une incidence sur la SSR des femmes en biomédecine et en médecines complémentaires selon une approche féministe se voulant inclusive? Le Centre de santé des femmes de Montréal (CSFM) et l'herboriste-thérapeute accréditée (HTA) Sarah-Maria ont été recruté·e·s dans le cadre d'une recherche de terrain ethnographique afin de représenter les approches biomédicales et complémentaires des soins en SSR et de répondre aux questions de recherche. La méthodologie regroupait des entretiens semi-dirigés avec quatre travailleuses du CSFM et l'herboriste-thérapeute, un terrain d'observation participante au CSFM et une revue de la littérature scientifique. Les

approches théoriques sollicitées par la thèse étaient la (dé)médicalisation, l'agentivité et l'autonomisation, ainsi que l'intersectionnalité.

Dans le premier chapitre, la généalogie de la biomédecine et des médecines complémentaires a été explicitée afin de situer les femmes, le CSFM et l'herboristerie thérapeutique parmi ces paradigmes. L'approche féministe en SSR a également été théorisée à partir de son étude par les disciplines de l'anthropologie, de la sociologie, de la bioéthique et des études de genre.

Le second chapitre a permis de théoriser les concepts d'agentivité, d'autonomisation et de (dé)médicalisation et d'étudier l'intégration de ces concepts à l'approche féministe en SSR du CSFM et de Sarah-Maria. La relation entre patient·e·s et soignant·e·s et la diminution de la hiérarchie entre ces individus comme mesure permettant d'augmenter l'agentivité des femmes a été explorée. La valorisation des connaissances et des expériences des femmes et la promotion de l'éducation de ces dernières et des travailleur·euse·s de la santé au sujet de la SSR féminine et féministe comme outil d'autonomisation a également été sujet à analyse. La valorisation du consentement a finalement été considérée comme l'une des mesures mises en œuvre par les travailleuses du CSFM et par Sarah-Maria afin d'encourager l'agentivité de leur clientèle respective. La capacité d'agir des individus permettant de favoriser leur autonomisation — leur *power-to* — l'approche féministe en SSR telle qu'appliquée par les participantes à la recherche pourrait donc contribuer à l'autonomisation des femmes de leur clientèle.

Le dernier chapitre a quant à lui exploré les différents obstacles intersectionnels ayant une incidence négative sur la SSR de certaines femmes et en avantageant d'autres, notamment les femmes blanches, cisgenres et hétérosexuelles. Le sexisme, l'homophobie,

la transphobie, la grossophobie, le racisme, le nativisme, le classisme, l'âgisme et le capacitisme ont ainsi été établis comme des obstacles à la SSR des femmes dont l'expérience de situe à l'intersection de ces systèmes d'oppression. Ces intersections ont également été identifiées par le CSFM et par Sarah-Maria comme des enjeux auxquels leurs pratiques respectives s'adaptent déjà ou devront s'adapter.

L'approche féministe en SSRF pourrait ainsi permettre la prise de pouvoir de toutes les femmes — racisées, grosses, vieilles, immigrantes, lesbiennes, etc. — sur leur corps, leur santé et leur cheminement thérapeutique alors qu'elles en ont été dépossédées depuis plusieurs siècles. La SSR biomédicale et complémentaire peut — bien que de façon différente — contribuer à l'agentivité, à l'autonomisation et à la démedicalisation des expériences et du corps des femmes à travers l'approche féministe faisant la promotion de l'éducation, de la collaboration, du consentement et de l'adaptation de ses pratiques à toutes les femmes.

Or, plusieurs enjeux nuisent toujours à la diffusion de l'approche féministe en SSR, notamment le manque d'éducation des travailleur·euse·s au sujet de l'expérience des femmes en biomédecine et en SSR. Selon Sarah-Maria, il s'agirait d'amorcer le changement en « [commençant] dans les salles de classe des médecins. [...] Je pense que c'est ce qui [pourrait] contribuer à sortir du « boys club » de la médecine ». Les consultations très courtes, la relation de pouvoir entre patient·e·s et soignant·e·s, le manque d'éducation à la sexualité et sur la reproduction, la difficulté à naviguer au sein du système de santé québécois pour les néo-Québécoises et l'invisibilisation des personnes n'ayant plus ou pas la capacité de se reproduire sont également des enjeux pouvant nuire à la SSR de toutes les femmes.



En juillet 2022, le Collège des médecins a levé toutes les restrictions au sujet de la pilule abortive au Québec, contribuant ainsi à une meilleure accessibilité de l'avortement partout dans la province. Or, plus de 50 projets de loi ont tenté d'interdire l'accès à l'avortement au Canada depuis l'arrêt R. contre Morgentaler en 1988, et seules une cinquantaine de cliniques d'avortement existent au Québec — certaines régions n'étant desservies que par une seule clinique (Fédération québécoise pour le planning des naissances 2022). L'accès à l'avortement n'est donc pas garanti ni équitable à l'échelle du Canada et du Québec, et la restriction du droit à l'avortement aux États-Unis et sa possible influence chez nous souligne donc la pertinence de l'accessibilité à des soins en SSR adaptés à toutes les femmes, ainsi que l'importance cruciale d'une éducation sexuelle complète et précoce. L'étude médicale et anthropologique de la ménopause selon une perspective féministe et critique est également primordiale afin de contribuer à la déstigmatisation, à la compréhension et à la prise en charge d'un phénomène physiologique et social autrement ignoré et associé au vieillissement des femmes.

Malgré les limites soulignées dans cette thèse, il va sans dire que dans ce contexte, les femmes extraordinaires rencontrées sur le terrain contribuent cependant à une lutte qui demeure essentielle, à savoir la promotion et la mise en oeuvre d'une approche féministe de la SSR afin d'adapter celle-ci aux besoins et aux expériences de toutes les femmes. Ce faisant, elles gardent vivantes les batailles entreprises par nos mères et nos grands-mères afin que nous puissions, en 2022, décider si et quand nous deviendrons mères, le nombre d'enfants que nous aurons et avec qui, profiter de nos corps et des expériences qu'ils nous permettent de vivre, et faire respecter nos limites et nos choix.

BIBLIOGRAPHIE

Littérature scientifique

- Achterberg, Jeanne. 1991. *Woman as Healer: A Panoramic Survey of the Healing Activities of Women from Prehistoric Times to the Present*. Boston: Shambhala Publications.
- Allen, Amy. 2021. « Feminist Perspectives on Power ». *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Hiver 2021). Tiré de <https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/feminist-power/>
- Anderson, Joan M. 1996. « Empowering Patients: Issues and Strategies ». *Social Science and Medicine* 43 (5): 697-705. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(96\)00153-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(96)00153-0)
- Baer, Hans A., Cheryl Beale, Rachel Canaway et Greg Connolly. 2012. « A Dialogue between Naturopathy and Critical Medical Anthropology: What Constitutes Holistic Health? ». *Medical Anthropology Quarterly* 2 (26): 241-256.
- Baril, Audrey. 2007. « De la construction du genre à la construction du « sexe » : les thèses féministes postmodernes dans l'oeuvre de Judith Butler ». *Recherches féministes* 20 (2) : 61-90. DOI: <https://doi.org/10.7202/017606ar>
- Bauer, Greta R., Nik Redman, Kaitlin Bradley et Ayden I. Scheim. 2013. « Sexual Health of Trans Men Who Are Gay, Bisexual, or Who Have Sex with Men: Results from Ontario, Canada ». *International Journal of Transgenderism* (14): 66-74.
- Bernhard, Linda A. 2022. « Sexuality and Sexual Health Care for Women ». *Clinical Obstetrics and Gynecology* 45 (4): 1089-1098.
- Blum, Harold P. 1981. « The Maternal Ego Ideal and the Regulation of Maternal Qualities ». Dans Stanley I. Greenspan et George H. Pollock, dir., *The Course of Life: Adulthood and the Aging Process*. États-Unis: National Institute on Mental Health.
- Boisvert, Isabelle. 2022. « Vécus des femmes en situation de handicap physique en contexte de périnatalité : analyse féministe sur les violences systémiques et obstétricales » (acte du colloque *50 ans de luttés en santé sexuelle et reproductive : quels défis aujourd'hui et demain?* tenu à Trois-Rivières le 12 mai 2022). Trois-Rivières : Fédération québécoise pour le planning des naissances.
- Borst, Charlotte G. et Kathleen W. Jones. 2005. « As Patients and Healers: The History of Women and Medicine ». *Organization of American Historians Magazine of History* Septembre 2005: 23-26.

- Browner, Carole H. et Carolyn F. Sargent. 2005. « Donner un genre à l'anthropologie médicale ». Dans Francine Saillant et Serge Genest, dir., *Anthropologie médicale : Ancrages locaux, défis globaux*. Québec: Presses de l'Université Laval, 357-382.
- Bueter, Hanke. 2015. « Androcentrism, Feminism, and Pluralism in Medicine ». *Topoi: An International Review of Philosophy* (36): 521-530.
- Campbell, Sue. 2013. « Sexual Health Needs and The LGBT Community ». *Nursing Standard* 27 (32): 35-38.
- Carof, Solenne. 2020. « Poids ». Dans Juliette Rennes, dir., *Encyclopédie critique du genre*. Paris: Éditions La Découverte, 557-566.
- Carr, E. Summerson. 2003. « Rethinking Empowerment Theory Using a Feminist Lens: The Importance of Process ». *Affilia* 18 (1): 8-20.
- Conrad, Peter. 2013. « Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts ». Dans William C. Cockerham, dir., *Medical Sociology on the Move: New Directions in Theory*. New York: Springer, 195-214.
- Cooper, Brittney. 2015. « Intersectionality ». Dans Lisa Disch et Mary Hawkesworth, dir., *The Oxford Handbook of Feminist Theory*. Oxford: Oxford University Press, 385-406.
- Cormier, Lauren A. et Lucia F. O'Sullivan. 2021. « Satisfying Curiosities Through "Sextech": Who Is Accessing Non-Traditional Sexual Education? ». *Computers in Human Behavior* 124 (2021): 1-8.
- Coventry, Linda L., Judith Finn et Alexandra P. Bremner. 2011. « Sex Differences in Symptom Presentation in Acute Myocardial Infarction: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Heart & Lung* 40 (2011): 477-491.
- Davies, Bronwyn. 1991. « The Concept of Agency: A Feminist Poststructuralist Analysis ». *Social Analysis: The International Journal of Anthropology* (30): 42-53.
- De Koninck, Maria. 1990. « L'autonomie des femmes: quelques réflexions-bilans sur un objectif ». *Santé mentale au Québec* 15 (1): 120-133.
- Delston, Jill B. 2019. *Medical Sexism: Contraception Access, Reproductive Medicine, and Health Care*. Lanham (MD): Rowman and Littlefield.
- Deveaux, Monique. 1994. « Feminism and Empowerment: A Critical Reading of Foucault ». *Feminist Studies* 20 (2): 223-247.

- Diskin, Vilunya, Paula Doress-Worters, Judy Norsigian, Jane Pincus, Wendy Sanford et Norma Swenson. 1999. « The Boston Women's Health Book Collective and Our Bodies, Ourselves: A Brief History and Reflection ». *Journal of the American Medical Women's Association* Hiver 1999.
- Dunn, Sheila et Melissa Brooks. 2018. « Mifepristone ». *Canadian Medical Association Journal* 190 (22): 688. DOI: 10.1503/cmaj.180047
- Ehrenreich, Barbara et Deirdre English. 1973. *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healers*. New York: The Feminist Press at City University of New York.
- Ernst, Edzard. 2000. « The Role of Complementary and Alternative Medicine ». *The British Medical Journal* 321: 1133-1135. DOI: <https://doiorg.proxy.bib.uottawa.ca/10.1136/bmj.321.7269.1133>
- Falquet, Jacques. 2021. « Généalogies du féminisme décolonial. Un femmage à Maria Lugones ». *Revue Multitudes* 3 (84): 68-77.
- Farrell, Janine et Thea Cachioni. 2012. « The Medicalization of Women's Sexual Pain ». *Journal of Sex Research* 49 (4): 328-336.
- Fassin, Didier. 2000. « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : Pour une anthropologie de la santé ». *Terrains d'avenir* 24 (1): 95-116.
- Federici, Silvia. 2004. *Caliban and the Witch: Women, the Body, and Primitive Accumulation*. Brooklyn, New York: Autonomedia.
- Finnsdottir, Maria et Zheng Wu. 2019. « Contraceptive Use in Canada, 2001 to 2011 ». *Canadian Studies in Population* 46 (2019): 27-46.
- Foucault, Michel. 1980. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. New York: Pantheon.
- Gaines, Atwood D. et Robbie Davis-Floyd. 2004. « On Biomedicine ». Dans Carol R. Ember et Melvin Ember, dir., *Encyclopedia of Medical Anthropology*. New York: Springer, 95-109.
- Gaucher, Dominique, France Laurendeau et Louise-Hélène Trottier. 2002. « Parler de la vie. L'apport des femmes à la sociologie de la santé ». *Sociologie et sociétés* 13 (2): 139-152.
- Gerdts, Caitlin, Loren Dobkin, Diana Greene Foster et Eleanor Bimla Schwartz. 2016. « Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy ». *Women's Health Issues* 26 (1): 55-59.

- Gonin, Audrey. 2022. « Les femmes immigrantes et la contraception au Québec : quels enjeux au regard d'une justice reproductive pour les néo-québécoises? » (acte du colloque *50 ans de luttés en santé sexuelle et reproductive: quels défis aujourd'hui et demain?* tenu à Trois-Rivières le 12 mai 2022). Trois-Rivières: Fédération québécoise pour le planning des naissances.
- Grant, Jaime M., Lisa A. Mottet et Justin Tanis. 2011. *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington: National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Taskforce.
- Green, Monica H. 2008. *Making Women's Medicine Masculine: The Rise of Male Authority in Pre-Modern Gynecology*. Oxford: Oxford University Press.
- Grigg, Amanda J. et Ana Kirkland. 2016. « Health ». Dans Lisa Disch et Mary Hawkesworth, dir., *The Oxford Handbook of Feminist Theory*. Oxford: Oxford University Press, 326-345.
- Grose, Rose Grace, Shelly Grabe et Danielle Kohfeldt. 2014. « Sexual Education, Gender Ideology, and Youth Sexual Empowerment ». *Journal of Sex Research* 51 (7): 742-753. DOI: 10.1080/00224499.2013.809511
- Guzzo, Karen Benjamin et Sarah Hayford. 2012. « Race-Ethnic Differences in Sexual Health Knowledge ». *Race and Social Problems* (4): 158-170.
- Hahn, Robert A. et Arthur Kleinman. 1983. « Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions ». *Annual Review of Anthropology* 12 (1983): 305-333. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.an.12.100183.001513>
- Haicault, Monique. 2012. « Autour d'agency. Un nouveau paradigme pour les recherches de genre ». *Rives méditerranéennes. Agency : un concept opératoire pour les études de genre?* 41 (2012): 11-24.
- Halfmann, Drew. 2011. « Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices, And Identities ». *Health*: 16 (2): 186-207.
- Harding, Sandra. 1997. *The Science Question in Feminism*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Hargrove, Taylor W. 2018. « Intersecting Social Inequalities and Body Mass Index Trajectories from Adolescence to Early Adulthood ». *Journal of Health and Social Behavior* 59 (1): 56-73.
- Harnett, Caroline S., Lisa L. Lindley, Katrina M. Walsemann. 2017. « Congruence across Sexual Orientation Dimensions and Risk for Unintended Pregnancy among Adult U.S. Women ». *Women's Health Issues* 27 (2): 145-151.

- Harrison, Faye. 1994. « Racial and Gender Inequalities in Health and Healthcare ». *Medical Anthropology Quarterly* (mars 1994): 90-95. DOI: 10.1525/maq.1994.8.1.02a00070
- Hidaka, Ryoko et Lynn Clark Callister. 2012. « Giving Birth with Epidural Analgesia: The Experience of First-Time Mothers ». *The Journal of Perinatal Education* 21 (1): 24-35.
- Himmelstein, Mary S., Rebecca M. Puhl et Diane M. Quinn. 2017. « Intersectionality: An Understudied Framework for Addressing Weight Stigma ». *American Journal of Preventive Medicine*. 53 (4): 421-431.
- Hoffman, Diane E. et Anita J. Tarzian. 2001. « The Girl Who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain ». *Journal of Law, Medicine and Ethics* 29 (2001): 13-27.
- Holdcroft, Anita. 2007. « Gender Bias in Research: How Does It Affect Evidence-Based Medicine? ». *Journal of the Royal Society of Medicine* (100): 2-3.
- Inhorn, Marcia C. 2006. « Defining Women's Health: A Dozen Messages From More than 150 Ethnographies ». *Medical Anthropology Quarterly* 20 (3): 345-378.
- Jefferson, Laura, Karen Bloor et Alan Maynard. 2015. « Women in Medicine: Historical Perspectives and Recent Trends ». *British Medical Publication* 114: 5-15.
- Keck, Frederick. 2008. « Les usages du biopolitique ». *L'Homme* (187-188): 295-314.
- Kukla, Rebecca et Katherine Wayne. 2018. « Pregnancy, Birth and Medicine ». Dans Edward N. Zalta, dir., *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Tiré de <https://plato.stanford.edu/archives/spr2018/entries/ethics-pregnancy/>
- Kumar, Maya M., Rodrick Lim, Cindy Langford, Jamie A. Seabrook, Kathy N. Speechley et Timothy Lynch. 2013. « Sexual Knowledge of Canadian Adolescents After Completion of High School Sexual Education Requirements ». *Paediatrics & Child Health* 18 (2): 74-80.
- Laganà, Antonio Simone, Giovanni Veronesi, Fabio Ghezzi, Marco Mario Ferrario, Antonella Cromi, Mariano Bizzarri, Simone Garzon et Marco Cosentino. 2022. « Evaluation of Menstrual Irregularities After COVID-19 Vaccination: Results of The MECOVAC Survey ». *Open Medicine* (17): 475-484. DOI: <https://doi.org/10.1515/med-2022-0452>
- Lang, Marie-Ève. 2012. « L'agentivité sexuelle des adolescentes et des jeunes femmes: une définition ». *Recherches féministes* 24 (2): 189-209.

- Lee, Katharine M. N., Eleanor J. Junkins, Chongliang Luo, Urooba A. Fatima, Maria L. Cox et Kathryn B. H. Clancy. 2022. « Investigating Trends in Those Who Experience Menstrual Bleeding Changes After SARS-CoV-2 vaccination ». *Science Advances* (8): 1-15.
- Lock, Margaret. 2004. « Medicalization and the Naturalization of Social Control ». Dans Carol R. Ember et Melvin Ember, dir., *Encyclopedia of Medical Anthropology*. New York: Springer, 116-125.
- López, Nancy et Vivian L. Gadsden. 2017. « Health Inequities, Social Determinants, and Intersectionality ». Dans Kimber Bogard, Velma McBride Murry et Charlee Alexander, dir., *Perspectives on Health Equality and Social Determinants of Health*. Washington, DC: National Academy of Medicine, 9-30.
- Lorber, Judith. 2010. « Feminisms and Their Contribution to Gender Equality ». *Gender Inequality: Feminist Theories and Politics*. Oxford: Oxford University Press, 1-20.
- Lewis, George W. et Peter G. McCaffery. 2004. « Sociological Factors Affecting the Medicalization of Midwifery ». Dans Edwin van Teijlingen, George W. Lewis, Peter G. McCaffery et Maureen Porter, dir., *Midwifery and the Medicalization of Childbirth: Comparative Perspectives*. New York: Nova Science Publishers, 5-41.
- Macfarlane, Emmett. 2022. « The Overturning of Roe v. Wade: Are Abortion Rights in Canada Vulnerable? ». *Canadian Journal of Political Science* (2022): 1-6. DOI: 10.1017/S0008423922000452
- MacKinnon, Catharine. 1987. *Feminism Unmodified: Discourses on Life and Law*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Male, Victoria. 2021. « Menstrual Changes After Covid-19 Vaccination ». *British Medical Journal* (374): 2211. DOI: 10.1136/bmj.n2211
- Martin, Emily. 1987. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Mavrikakis, Catherine. 2009. « Les visages de l'antidépresseur. Pathologisation du corps féminin ». *Frontières* 21 (2): 21-26. DOI: <https://doi.org/10.7202/039453ar>
- McGovern, Terry, Harriet Heilbrunn et Robert H. Heilbrunn. 2022. « Overturning Roe v. Wade Would Be an Unprecedented Attack On the Bodily Autonomy of Women, Girls, and Pregnant People ». *The British Medical Journal*. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.o1019>
- McNay, Lois. 2016. « Agency ». Dans Lisa Disch et Mary Hawkesworth, dir., *The Oxford Handbook of Feminist Theory*. Oxford: Oxford University Press, 39-60.

- Membrado, Monique. 2006. « Les femmes dans le champ de la santé : De l'oubli à la particularisation ». *Nouvelles questions féministes* 2 (25): 16-31. DOI: 10.3917/nqf.252.0016
- Mimeault, Isabelle. 2020. « Perspectives féministes pour une médecine plus inclusive ». *Relations* (811): 25-26.
- Mooney, Gavin et Mandy Ryan. 1993. « Agency in Health Care: Getting Beyond First Principles ». *Journal of Health Economics* 12 (2): 125-135.
- Morotti, Matteo, Katy Vincent et Christian M. Becker. 2017. « Mechanisms of Pain in Endometriosis ». *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 209 (2017): 8-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.07.497>
- Nurgitz, Rebecca, Karen Hobden et Charlene Senn. 2021. « The Impact of Sexual Education and Socialization On Sexual Satisfaction, Attitudes, and Self-Efficacy ». *The Canadian Journal of Human Sexuality* 30 (2): 265-277. DOI: <https://doi.org/10.3138/cjhs.2021-0028> 274
- Pacik, Peter T. 2014. « Understanding and Treating Vaginismus: A Multimodal Approach ». *International Urogynecology Journal* 25 (2014): 1613-1620.
- Partridge, H. G. 1996. « The History of the Obstetric Forceps ». Dans Philip K. Wilson, dir., *The Medicalization of Obstetrics*. New York: Routledge, 311-319.
- Prather, Cynthia, Taleria R. Fuller, William L. Jeffries IV, Khiya J. Marshall, A. Vyann Howell, Angela Belyue-Umole et Winifred King. 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.
- Purdy, Laura. 2001. « Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine ». *Bioethics* 15 (3): 248-261.
- Racinet, Claude. 2009. « Épidémiologie, facteurs de risque et symptomatologie des myomes utérins ». *Médecine de la reproduction, gynécologie et endocrinologie*. 11 (2) : 118-122.
- Renner, Regina, Madeleine Ennis, Edith Guilbert, Geneviève Roy et Jon Barrett. 2022. « Second- and Third-Trimester Medical Abortion Providers and Services In 2019: Results From The Canadian Abortion Provider Survey ». *Women's Health* (juin 2022): 1-10.
- Ross, Anamaria Iosif. 2012. *The Anthropology of Alternative Medicine*. Londres, New York: Berg Publishers.

- Ross, Loretta J. 2017. « Reproductive Feminism as Intersectional Feminist Activism ». *Souls: A Critical Journal of Black Politics, Culture, and Society* 19 (3): 286-314. DOI: 10.1080/10999949.2017.1389634
- Rousseau, Catherine. 2022. « Autonomie reproductive et interférence contraceptive : portrait de l'expérience de jeunes adultes de 18 à 35 » (acte du colloque *50 ans de luttes en santé sexuelle et reproductive : quels défis aujourd'hui et demain?* tenu à Trois-Rivières le 12 mai 2022). Trois-Rivières : Fédération québécoise pour le planning des naissances.
- Saillant, Francine. 1991. « Les soins en péril : entre la nécessité et l'exclusion ». *Recherches féministes* 4 (1) : 11-29.
- Saillant, Francine. 1992. « La part des femmes dans les soins de santé ». *Revue internationale d'action communautaire* (28): 95-106.
- Schwartz, Rachel J. et Rachel E. Robertson. 2018. « A Review of Research on Sexual Education for Adults with Intellectual Disabilities ». *Career Development and Transition for Exceptional Individuals* 42 (3): 148-157. DOI: <https://doi.org/10.1177/2165143418756609>
- Scott, Anne. 2008. « Homeopathy as a Feminist Form of Medicine ». *Sociology of Health and Illness* 20 (2): 191-214.
- Sharp, Gemma C., Abigail Fraser, Gemma Sawyer, Gabriella Kountourides, Kayleigh E. Easey, Gemma Ford, Zuzanna Olszewska, Laura D. Howe, Deborah A. Lawlor, Alexandra Alvergne et Jacqueline A. Maybin. 2021. « The COVID-19 Pandemic and the Menstrual Cycle: Research Gaps and Opportunities ». *International Journal of Epidemiology* (2021): 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyab239>
- Sherwin, Susan. 1999. « Les approches féministes en bioéthique ». *Théologiques* 7 (1): 9-18.
- Sbragia, Julia D. et Beth Vottero. 2020. « Experiences of Transgender Men in Seeking Gynecological and Reproductive Health Care: A Qualitative Systematic Review ». *JBIR Database System Rev Implement Rep* 17 (8): 1582-1588. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-004029
- Sutton, Madeline Y., Ngozi F. Anachebe, Regina Lee et Heather Skanes. 2021. « Racial and Ethnic Disparities in Reproductive Health Services and Outcomes, 2020 ». *Obstetrics and Gynecology* 137 (2): 225-233.
- Syed, Iffath Unissa. 2021. « Feminist Political Economy of Health: Current Perspectives and Future Directions ». *Healthcare* 9 (2): 233. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare9020233>

- Unger, Cécile A. 2015. « Care of the Transgender Patient: A Survey of Gynecologists' Current Knowledge and Practice ». *Journal of Women's Health* 24 (2): 114-118.
- Valls-Llobet, Carme. 2017. « The Science of Difference: The Invisibility of Women in Health Sciences ». *Mètode Science Studies Journal* 7 (2017): 121–125. DOI: 10.7203/metode.7.8155
- Vergès, Françoise. 2020. « Féminisme décolonial et antiraciste ». Dans Omar Slaouti et Olivier Le Cour Grandmaison, dir., *Racismes de France*. Paris : Éditions La Découverte, 325-338.
- Vogel, Lauren. 2022. « How The Pandemic Is Transforming Abortion Access ». *Canadian Medical Association Journal* 194 (6): 223. DOI: 10.1503/cmaj.1095986
- Wall, Lewis L. 2006. « The Medical Ethics of Dr J Marion Sims: A Fresh Look at The Historical Record ». *Journal of medical ethics* 32 (6): 346–350. DOI: <https://doi.org/10.1136/jme.2005.012559>
- Yu, Chunhua. 2021. « An Examination of the Institutionally Oppressive White Savior Complex in Uganda Through Western Documentaries ». *International Social Science Review* 97 (2): 1-28.
- Ziegler, Mary. 2022. « The End of Roe v. Wade ». *The American Journal of Bioethics*. DOI: 10.1080/15265161.2022.2075962

Littérature grise

- Cucchi, Maud. 2022. « La santé des femmes, une autre source d'inégalités ». *Radio-Canada*. Tiré de <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1864448/inegalite-femmes-santemedecinesexismerechercheontario?fbclid=IwAR24w6qhyOICr4G29ySxRENf7U7JYqKYi0qXLA2szVwpaEh1fKkLjtb59oc>
- Dussault, Lila. 2022. « L'embolisation, traitement méconnu ». *La Presse*. Tiré de https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2022-07-25/fibromes-uterins/lembolisation-traitementmeconnu.php?utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=manchettes&fbclid=IwAR3iukNDgpiGsJsBFsz5ndi5o6mnYLPQOJqGzDmfUs0pLIN1x1LMtJPZPDw
- Fédération québécoise pour le planning des naissances. 2022. « Le FQPN et l'avortement ». Page consultée le 23 août 2022, au <https://fqpn.qc.ca/article/grossesse-non-planifiee/#la-fqpn-et-l-avortement>
- Gelly, Morgane. 2019. « Cauchemar au cabinet ». *La Presse +*. Tiré de https://plus.lapresse.ca/screens/b9a80c59-a858-4b39-af8b65233c502a8d__7C__0.html
- Guilde des herboristes. 2021. « Mission ». Page consultée le 19 juillet 2021, au <https://guildedesherboristes.org/pages/mission>
- La société des obstétriciens et gynécologues du Canada. 2022. « Qu'est-ce que la ménopause? ». Page consultée le 27 juin 2022, au <https://www.menopauseandu.ca/fr/what-is-menopause/your-change/>
- Le Conte, Marie. 2022. « Feminism Has Been Reduced to the Transgender Debate ». *The News Statesman*. Tiré de <https://www.newstatesman.com/comment/2022/02/feminism-has-been-reduced-to-the-transgender-debate>
- Lessard, Michaël. 2019. « Un consentement implicite, vraiment, docteur? ». *La Presse +*. Tiré de https://plus.lapresse.ca/screens/b0279ae6-ebac-4710-b3d1bc60b19f2942__7C_0.html
- Mimeault, Isabelle. 2008. *Changeons de lunettes! Pour une approche féministe et globale de la santé*. Montréal: Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.
- Our Bodies, Ourselves. 2021. « Our Story ». Page consultée le 22 janvier 2021, au <https://www.ourbodiesourselves.org/our-story/>
- Simon, Audrey. 2021. « COVID-19 : Pourquoi des personnes menstruées refuseront une troisième dose de vaccin ». *Radio-Canada*. Tiré de <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1833821/cycle-menstruel-modification-regles-vaccin-covid>

- SOS Grossesse. 2017. « Contraception : Méthode du retrait ». Page consultée le 4 août 2022, au <https://www.sosgrossesse.ca/fr/prevention-et-contraception/methodes-naturelles/methode-du-retrait>
- The New York Times. 2022. « Tracking Which States Banned Abortion Today ». *The New York Times*. Tiré de <https://www.nytimes.com/interactive/2022/us/abortion-laws-roe-v-wade.html>
- Tomulescu, Raluca. 2021. « Les vaccins contre la COVID-19 influencent-ils les menstruations? ». *Radio-Canada*. Tiré de <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1792376/vaccin-covid-19-menstruations-femmes-sante-fertilite>
- Université de Montréal. Faculté de médecine. 2018. « Plus de femmes que d'hommes médecins au Québec ». Page consultée le 30 janvier 2021, au <https://medecine.umontreal.ca/2018/01/23/plus-de-femmes-dhommes-medecins-quebec/>
- Urbania. 2019. « Gros plan: Pourquoi ne croit-on pas les femmes qui ont de la difficulté avec leur stérilet? ». Page consulté le 24 juin 2022, au <https://urbania.ca/article/gros-plan-pourquoi-ne-croit-pas-les-femmes-qui-ont-de-la-difficulte-avec-leur-sterilet>
- Vermette, Kim. 2022. « Violences gynécologiques : des femmes se disent " prisonnières de la table d'examen " ». *Radio-Canada*. Tiré de <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1899299/violences-gynecologiques-femmes-quebec?fbclid=IwAR0k1bYCiqKrHxCru9vfDGWNHnb-JZmOiQZcdBWoZusRpXbgOdMdgDuOJWo>

ANNEXE I

Typologie de Halfmann sur les niveaux et dimensions de la (dé)médicalisation

Halfmann propose une typologie de la médicalisation et de la démedicalisation dans un contexte biomédical occidental (2011, 190). Cette typologie a permis de catégoriser les actes médicaux et non-médicaux qui contribuent ou non à la médicalisation et la démedicalisation de l'approche féministe en SSR dans un contexte biomédical et complémentaire. La typologie développée par Halfmann est la suivante :

Tableau 1 : Niveaux et dimensions de la médicalisation et de la démedicalisation

	Macro	Meso	Micro
	Législation, décisions, rapports et débats d'organisations nationales et internationales telles que les bureaucraties gouvernementales, les universités, les revues, les fondations, les organisations à but non lucratif, les médias, etc.	Énoncés de mission, rapports, publicités et procédures des organisations locales et régionales telles que les lieux de travail, les hôpitaux, les groupes médicaux, les cliniques, les maisons de retraite, les écoles, les agences de services sociaux, etc.	Interaction face à face et contact physique entre les prestataires (médicaux et non médicaux) et les patient·e·s. Autogestion des patient·e·s.
Discours	Vocabulaire biomédical, modèles et définitions (symptôme, syndrome, maladie, contagion, etc.).		
Pratiques	Pratiques et technologies biomédicales (tests, mesures, normalisation, surveillance, évaluation des risques, couverture d'assurance, examen, test de laboratoire, imagerie, hygiène, chirurgie, produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux, etc.).		
Identités et acteurs	Acteurs biomédicaux individuels et collectifs (médecins, chercheurs biomédicaux, centres hospitaliers, compagnies d'assurance, regroupement médicaux, fabricants de médicaments et d'appareils médicaux, écoles de médecine, associations professionnelles, etc.).		

La typologie a donc été appliquée aux approches et aux pratiques du Centre de santé des femmes de Montréal et de l’herboriste-thérapeute Sarah-Maria afin d’établir la façon dont ces premières peuvent être médicalisantes et/ou démedicalisantes et favoriser ou non l’agentivité et l’autonomie des femmes en SSR.

Tableau 2 : Niveaux et dimensions de la **médicalisation** de la santé sexuelle et reproductive des femmes au Centre de santé des femmes de Montréal

	Macro	Meso	Micro
Discours		<p>Publication de documentation clinique sur différentes pathologies associées à la SSR.</p> <p>Le site Web du centre décrit les différentes procédures cliniques offertes à sa clientèle.</p>	<p>Les femmes doivent discuter avec les travailleuses au sujet de leur cheminement thérapeutique en utilisant un vocabulaire clinique conventionnel.</p>
Pratiques			<p>Les procédures d’examens gynécologiques et les avortements sont les mêmes qu’en clinique conventionnelle.</p> <p>Les méthodes de contraception conventionnelles sont offertes aux femmes.</p> <p>Les salles d’examen sont semblables à celles de n’importe quelle clinique conventionnelle en raison du matériel utilisé.</p>
Identités et acteurs	<p>La hiérarchie entre médecins et infirmières est réduite, mais toujours présente.</p>		<p>En raison de la pandémie de COVID-19, les travailleuses portaient des uniformes.</p>

Tableau 3 : Niveaux et dimensions de la **démédicalisation** de la santé sexuelle et reproductive des femmes au Centre de santé des femmes de Montréal

	Macro	Meso	Micro
Discours	Le CSFM se spécialise en SSR féminine et féministe.	Le ton utilisé dans la documentation produite par le centre est informel et s'adresse à toute personne requérant des soins en SSR.	Les travailleuses vont « faire la vaisselle » plutôt que de « stériliser les instruments ». Les femmes sont éduquées durant les consultations afin de pouvoir choisir elles-mêmes leur cheminement thérapeutique.
Pratiques	Des ateliers populaires sont offerts par le centre auprès d'organismes afin d'éduquer des femmes au sujet de leur corps et de leur SSR. Le centre offre des formations au sujet de la SSRF à des travailleur·euse·s de la santé.	Le centre ressemble plus à un appartement montréalais qu'à une clinique médicale. Les travailleuses sont formées à l'interne à propos de l'approche féministe du centre.	Le moteur de l'appareil pour l'IVGI est situé à l'extérieur de la pièce. Une couverture couvre le bas du corps des femmes lors des examens et interventions, et non une feuille de papier stérile. Plus de temps est alloué aux consultations que dans le milieu de la santé conventionnel.
Identités et acteurs	Les infirmières ont plus de pouvoir et de responsabilités que dans les milieux de santé conventionnels.	L'utilisation du mot « travailleuse » permet de réduire la hiérarchie entre les différentes catégories de soignantes et de démédicaliser leur rôle auprès des femmes. Le mot « patiente » n'est pas utilisé dans la documentation produite par le centre.	Les travailleuses portent habituellement des vêtements civils. Les travailleuses sont identifiées par leur prénom. Les travailleuses utilisent le mot « femme » plutôt que « patiente » afin de référer à leur clientèle.

Tableau 4 : Niveaux et dimensions de la **médicalisation** de la santé sexuelle et reproductive des femmes en herboristerie thérapeutique féministe

	Macro	Meso	Micro
Discours	<p>Sarah-Maria offre ses services pour des phénomènes biologiques/enjeux de santé catégorisés comme pathologiques par la biomédecine.</p> <p>Ces formations peuvent contribuer à l'essentialisation des femmes.</p>		<p>Sarah-Maria utilise les termes médicaux afin de référer aux différentes pathologies.</p>
Pratiques			
Identités et acteurs			<p>Sarah-Maria ne peut pas outrepasser la hiérarchie existant entre elle et sa clientèle.</p>

Tableau 5 : Niveaux et dimensions de la **démédicalisation** de la santé sexuelle et reproductive des femmes en herboristerie thérapeutique féministe

	Macro	Meso	Micro
Discours	<p>Sarah-Maria se spécialise en gynécologie holistique et féministe.</p> <p>Sarah-Maria offre des formations et des ateliers afin d'éduquer les femmes à propos de leur SSR et de leur corps.</p>		
Pratiques		<p>Sarah-Maria favorise la sororité entre femmes à travers ses forums en ligne et ses ateliers et formations de groupe.</p> <p>Sarah-Maria demande un engagement de trois consultations d'une heure.</p>	<p>Sarah-Maria priorise les traitements à base de plantes plutôt que la médication biomédicale.</p> <p>Priorisation de méthodes contraceptives moins médicalisées comme la symptothermie.</p>
Identités et acteurs			<p>Sarah-Maria se présente en partenaire de santé plutôt qu'en soignante.</p>

ANNEXE II

Formulaire de consentement à la recherche

- Titre du projet :** Androcentrisme et médecines : L'autonomisation des femmes dans un contexte de soins féministes en santé sexuelle et reproductive au Québec
- Chercheuse principale :** Laurence Granger
Candidate à la maîtrise en anthropologie
École d'études sociologiques et anthropologiques
Université d'Ottawa
- Superviseure de recherche :** Karine Vanthuyne
Professeure agrégée
École d'études sociologiques et anthropologiques
Université d'Ottawa

Nous sollicitons votre consentement pour participer à la recherche académique mentionnée ci-dessus et conduite par la chercheuse Laurence Granger, candidate à la maîtrise en anthropologie à l'Université d'Ottawa, et supervisée par la professeure agrégée et chercheuse Karine Vanthuyne, directrice adjointe de l'École d'études sociologiques et anthropologiques de l'Université d'Ottawa.

Ce formulaire de consentement à la recherche explique l'objectif du projet de recherche ainsi que ses procédures, ses risques, et ses bénéfices. Veuillez communiquer avec la chercheuse principale si certains termes ou conditions sont incompris ou incertains.

Avant d'accepter de participer à la recherche, veuillez prendre connaissance des renseignements ci-après. Si vous acceptez les conditions de la recherche et consentez à y participer, veuillez signer le présent formulaire de consentement et en retourner une copie à la chercheuse principale. Conservez également une copie pour vos dossiers.

Objectif du projet de recherche

Le projet de recherche a pour objectif de comprendre de quelle façon une approche féministe des soins en santé sexuelle et reproductive est pensée afin de contribuer ou non à la démedicalisation du corps féminin.

L'étude cherchera également à comprendre si et comment ces soins de santé féministes encouragent l'émergence de sentiments d'autonomisation et d'agentivité chez les femmes qui font le choix d'opter pour des soins adaptés à leurs besoins et à leurs spécificités sociales, économiques, politiques, psychologiques et corporelles. L'étude concerne autant les soins de santé conventionnels que complémentaires.

Critères de sélection

1. Être âgé·e de 18 et plus ;
2. S'exprimer en français ou en anglais ;
3. Avoir signé le présent formulaire de consentement ;
4. Être une personne professionnelle de la santé prodiguant des soins conventionnels ou complémentaires en santé sexuelle et reproductive et revendiquant une approche féministe ;

ET/OU

5. Avoir fait l'expérience de soins en santé sexuelle et reproductive féministes.

Participation au projet de recherche

Vous êtes invité·e à participer à un entretien avec la chercheure principale concernant votre expérience de soins en santé sexuelle et reproductive féministes en tant que soignant·e.

L'entretien aura lieu par vidéoconférence ou par téléphone, selon votre préférence, et sera d'une durée maximum d'une heure. Avec votre consentement, l'entretien sera enregistré par dictaphone afin que les échanges puissent être transcrits et utilisés pour la recherche.

Si vous choisissez l'option de l'entretien en ligne, vous serez libre d'ouvrir ou non votre caméra durant l'entretien et d'en accepter ou non l'enregistrement audio et/ou vidéo.

Je préfère un entretien par vidéoconférence.

Je préfère un entretien par téléphone.

Je consens à l'enregistrement audio et/ou vidéo de mon entretien.

Risques du projet de recherche

L'entretien ne devrait comporter aucun risque physique. Il est cependant possible que les questions de la chercheure créent un sentiment d'inconfort ou de détresse psychologique et/ou émotionnelle liés à un quelconque traumatisme. Vous êtes libre de refuser de répondre aux questions de la chercheure, et pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

Les Centres de santé des femmes du Québec ainsi que le Mouvement Santé mentale Québec offrent cependant des ressources pouvant permettre d'atténuer certains inconforts ou malaises attribués à potentiels traumatismes. Ces ressources sont fournies à la fin du présent formulaire.

Bénéfices du projet de recherche

Votre participation à la recherche pourrait potentiellement vous permettre de contribuer à la valorisation et à la normalisation des soins en santé sexuelle et reproductive féministes, et à l'adaptation des soins de santé aux besoins de tout·e·s les Québécois·e·s. Vous pourrez également discuter de vos opinions et de vos expériences concernant les soins de santé conventionnels et féministes, et/ou de votre cheminement au sein des médecines complémentaires.

Confidentialité et anonymat

La chercheuse principale s'engage à maintenir confidentielle toute information partagée par le ou la participant·e. Durant votre participation au projet de recherche et selon votre consentement, vous pourrez fournir certains renseignements personnels, notamment une adresse courriel et/ou un numéro de téléphone afin que la chercheuse principale puisse vous contacter et organiser l'entretien.

Je préfère être contacté·e par courriel.

Je préfère être contacté·e par téléphone.

Avec votre consentement, et par souci de diversifier les opinions et les expériences partagées par la recherche, vous pourrez également fournir d'autres renseignements personnels. Vous êtes libre de refuser de fournir ces renseignements et/ou que ceux-ci soient divulgués dans la recherche. Vous êtes également libre de choisir que ces renseignements soient divulgués de façon anonyme ou non.

Je consens à divulguer certains renseignements personnels, tels que mon identité de genre, mon orientation sexuelle, mon appartenance ethnique et mon âge.

Je consens à ce que ces renseignements soient divulgués dans la recherche, de façon anonyme ou non.

Vous serez également libre de choisir si et comment vous souhaitez être identifié·e dans la recherche, par exemple par un pseudonyme, ou de conserver un anonymat complet. Si vous êtes affilié·e à un organisme, vous aurez le choix que cette information soit divulguée ou non.

Je souhaite être identifié·e par mon prénom.

Je souhaite être identifié·e par un pseudonyme.

Je préfère rester anonyme et que mon identité ne puisse pas être divulguée.

Finalement, vous pourrez recevoir la transcription de votre entretien afin de réviser et/ou de corriger vos propos, si besoin. Aucune information ne sera utilisée dans la recherche sans votre consentement. La transcription de votre entretien vous sera envoyée par courriel en format Word et sera protégée par un mot de passe.

	Oui	Non
Je souhaite recevoir la transcription de mon entretien par courriel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conservation des données

Toutes données collectées, incluant les enregistrements audio et/ou vidéo des entretiens et leurs transcriptions, seront conservés de façon sécuritaire par la chercheure principale.

Les données et documents concernés seront conservés sur un ordinateur et un disque dur externe sécurisés et protégés par un mot de passe et accessibles uniquement par la chercheure principale.

Ces données seront détruites en toute sécurité cinq ans après la date d'achèvement du projet.

Participation volontaire et possibilité de retrait

Vous n'êtes pas contraint·e de participer au projet de recherche, et pouvez en tout temps vous en retirer. Vous êtes également libre de refuser de répondre en partie ou en totalité aux questions de la chercheure principale, et de mettre fin à tout moment à votre entretien. Tout retrait ou refus de participation sera sans conséquences pour le ou la participant·e.

En cas de retrait, toutes les données vous concernant seront détruites immédiatement et de façon sécuritaire.

Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

Éthique du projet de recherche

Le Bureau d'éthique et d'intégrité à la recherche de l'Université d'Ottawa a approuvé ce projet de recherche. Pour toutes questions concernant l'éthique du projet, veuillez communiquer avec le bureau aux coordonnées suivantes :

Bureau d'éthique et d'intégrité à la recherche de l'Université d'Ottawa

Pavillon Tabaret Téléphone : (613) 562-5387
550, rue Adresse courriel : ethique@uottawa.ca
Cumberland
Pièce 154
Ottawa, ON, Canada
K1N 6N5

Consentement

J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement, et je consens à participer au projet de recherche décrit ci-haut et à ces conditions.

Nom du ou de la participant·e Signature Date

Nom de la chercheure Signature Date

Renseignements personnels

Si vous consentez à divulguer vos renseignements personnels, veuillez-les inscrire ci-dessous. Vous êtes libre de répondre en tout ou en partie à cette section. Ces renseignements seront confidentiels et ne seront pas utilisés ou divulgués sans votre consentement, mais pourraient être utilisés de façon anonyme ou non, selon votre préférence, dans la recherche.

Veuillez noter que les choix d'identité de genre et d'orientation sexuelle sont offerts à titre d'exemple et pour faciliter votre réponse au présent formulaire. Les identités de genre et les orientations sexuelles ne se limitent donc pas aux choix proposés ci-dessous par la chercheure, et ne sont pas le reflet de son opinion.

Prénom ou
pseudonyme :

Numéro de
téléphone :

Adresse courriel :

Identité de genre :

Femme

Homme

Non-binaire

Autre

Orientation sexuelle :

Hétérosexuel·le

Homosexuel·le

Bisexuel·le

Autre

Appartenance
ethnique :

Âge :

Ressources

Si vous craignez pour votre intégrité physique, psychologique ou émotionnelle, vous trouverez ci-dessous quelques ressources qui pourraient vous être utiles.

Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux

7 000 avenue du Parc Téléphone : (514) 278-1106
Montréal, QC, Canada Adresse courriel : accesss@accesss.net
H3N 1X1

Centre de santé des femmes de Montréal

3 401 rue de Lorimier Téléphone : (514) 270-6110
Montréal, QC, Canada Adresse courriel : info@csfmontreal.qc.ca
H2K 3X5

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

4 245 avenue Laval Téléphone : (514) 877-3189
Montréal, QC, Canada Adresse courriel : rqasf@rqasf.qc.ca
H2W 2J6

Tel-Écoute

6 665 rue de Marseille Téléphone : (514) 493- 4484
Montréal, QC, Canada Adresse courriel : info@tel-ecoute.org
H1N 1M2

ANNEXE III

Guide d'entretien pour les soignant·e·s

Nom du ou de la participant·e :

Pseudonyme (si pertinent) :

Code de l'entretien :

Date de l'entretien :

1. Quelle est votre définition (ou celle de votre institution) du féminisme ?
2. Qu'est-ce qui constitue une approche féministe des soins en santé sexuelle et reproductive ?
3. Qu'est-ce qui constitue une approche non-féministe des soins en santé sexuelle et reproductive ?
4. Pour quels types d'enjeux de santé offrez-vous des soins de santé féministes ?
5. Pourquoi avez-vous choisi d'offrir des soins selon une approche féministe ?
6. À quels types de personnes vos soins s'adressent-ils ?
7. Comment adressez-vous la diversité des corps, des orientations sexuelles, des identifications de genre et des appartenances ethniques et religieuses de vos patient·e·s ?
8. Selon vous, quels sentiments sont ressentis par vos patient·e·s durant leur consultation ?
9. Selon vous, quels sentiments sont ressentis par vos patient·e·s après leur consultation ?
10. Quels sont les bénéfices et les inconvénients d'une approche féministe des soins en santé sexuelle et reproductive ?

11. Est-ce que vous recommanderiez une approche féministe des soins en santé sexuelle et reproductive ?

a. Pourquoi ?

12. Y a-t-il d'autres sujets ou enjeux que vous auriez souhaité aborder durant notre entretien ?

Guide d'entretien pour les patient·e·s

Nom du ou de la participant·e :

Pseudonyme (si pertinent) :

Code de l'entretien :

Date de l'entretien :

1. Quelle est votre définition personnelle du féminisme ?
2. Selon vous, qu'est-ce qui constitue une approche féministe des soins en santé sexuelle et reproductive ?
3. Qu'est-ce qui constitue une approche non-féministe des soins en santé sexuelle et reproductive ?
4. Pour quels types d'enjeux de santé consultez-vous ou avez-vous consulté une ou un spécialiste de la santé revendiquant une approche féministe ?
5. Avez-vous consulté une ou un spécialiste de la santé conventionnelle pour ces mêmes enjeux ?
 - a. Si oui, comment ces expériences sont-elles semblables ? Différentes ?
6. Pourquoi avez-vous choisi une approche féministe des soins de santé ?
7. Quels sentiments avez-vous ressentis durant votre consultation auprès d'une ou un spécialiste de la santé revendiquant une approche féministe ?
8. Comment ces sentiments se comparent-ils à ceux que vous avez ressentis durant une consultation médicale non-féministe (si pertinent) ?
9. Quels sentiments avez-vous ressentis après votre consultation auprès d'une ou un spécialiste de la santé revendiquant une approche féministe ?

10. Comment ces sentiments se comparent-ils à ceux que vous avez ressentis durant une consultation médicale non-féministe (si pertinent) ?
11. Est-ce que vous recommanderiez une approche féministe des soins en santé sexuelle et reproductive ?
 - a. Pourquoi ?
12. Y a-t-il d'autres sujets ou enjeux que vous auriez souhaité aborder durant notre entretien ?