

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EXPÉRIENCES ET PERCEPTIONS DES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES :
EXPLORATION DESCRIPTIVE DU PHÉNOMÈNE À TRAVERS UNE LENTILLE
FÉMINISTE INTERSECTIONNELLE ET QUEER

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR

ALEXANDRA TOUPIN

JANVIER 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

[Je suis terrifiée à l'idée d'avoir oublié des personnes importantes en rédigeant cette section, au milieu de la nuit, à la veille des échéances de remises, avec un cerveau vidé de son jus par les efforts et défis de ces trois dernières années. Priez pour moi!]

Sylvie, merci d'avoir cru en moi et en mon projet. Merci aussi pour tes conseils, ton encadrement et ton expertise tout au long du processus de recherche et de rédaction. Et merci pour l'humanité et la solidarité quand j'en ai eu besoin.

Merci aux membres du labo qui ont marqué, encouragé et soutenu mon parcours : Carole, Catherine et Zélie.

Merci à Philippe Ducharme, compagnon de route indispensable à l'entretien de ma motivation. Son suivi attentif, son intervention régulière et ses conseils avisés ont maintenu en vie les deux ou trois neurones qu'il me restait dans les derniers mois.

Merci à toutes les personnes membres des comités d'attribution de bourses d'études qui ont vu en mes supplications quelque chose qui a fait pencher la balance en ma faveur. Vous n'avez aucune idée d'à quel point vous avez changé ma vie chaque fois que vous avez plaidé pour ma candidature.

Merci au CERPE-FSH d'avoir veillé à la qualité éthique de ce projet de recherche.

Merci à mes ami·es et camarades d'émulation en cotravail qui ont porté sans le savoir ma motivation à bout de bras : Gabrielle, Joe, Sam[u]el, Yann, Jean-Sébastien, Zélie, Quentin, Simon-Olivier, David, Lyly, Daniel, Serena, Catherine, Gaby, Guillaume, Christelle, Christina, Roxanne, Marie Anne, Diana, Cynthia, Jonathan, Aurélien et Simon.

Un merci spécial à mon amie et partenaire de ces autres choses, Eden, ainsi qu'à nos précieux·ses et fidèles allié·es, Rumi/Shams, Milan et Mia.

Merci aux personnes à qui il a suffi d'exister (mais qui ont fait tellement plus aussi, si vous saviez!) pour embellir ma vie et faciliter mon parcours : Aurélie-« tu-bouges-sec-dans-ton-sommeil », Zacharie-chandail-

de-pape, mamouette, fafa, celle à qui j'ai innocemment offert ma craque, celui qui crie quand on allume les lumières, la légende du canard fantôme, mamie, papi, Benoît, Juliette. Un merci tout spécial à la meilleure marraine de l'univers et à Marie-Josée, qui m'offrent une vie bien plus luxueuse que je pourrais autrement me le permettre. J'y pense tous les jours.

Merci au Centre de santé des femmes de Montréal et à son équipe qui, en plus d'avoir sauvé ma vie en 2017, ont soutenu mon projet de maîtrise avant même qu'il ne s'amorce. Au passage, merci à tous les organismes qui ont contribué à ce que je puisse rejoindre les personnes touchées par le projet de recherche. Et, forcément, merci à toutes les personnes qui y ont participé.

Merci à la piscine, au tissu, aux parois, aux deux roues et à l'orchestre-famille, qui ont rendu ma vie plus belle et mon niveau de neurotransmetteurs plaisants plus élevé.

Merci à HOP pour ce qui ne doit pas être dit.

Merci à mon très cool coloc, Fluc.

Merci à toutes les personnes que j'ai croisées et côtoyées de près et de loin à travers la génialissime communauté qu'a créée et qu'entretient l'organisme Thèsez-vous?. Vous êtes les vecteurs d'une folie et d'une sagesse qui dépassent l'entendement, et qui incidemment m'ont donné le souffle qu'il me fallait.

Merci à Saule et à Justine, qui savent tout ce que vous ne savez pas.

Enfin, merci à Ced pour ces belles années que je chérirai longtemps et ce soutien inestimable dont je me souviendrai toujours.

Une petite mention d'anti-remerciements à toutes les personnes qui ont considérablement nui à mon travail durant cette période, y compris celle qui a détruit les choses essentielles à ma vie.

DÉDICACE

Je dédie ce mémoire à toutes les personnes que j'ai remerciées précédemment, mais encore plus à toutes celles que j'ai probablement oublié de remercier, à mon grand désarroi.

AVANT-PROPOS

C'est un long et chaotique parcours qui a motivé le projet derrière ce mémoire. Trois années de ma vie m'ont amenée à accompagner, en tant que doula, des personnes enceintes durant leur parcours de soins périnataux. Ces années m'ont exposée à l'horreur des violences gynéco-obstétricales¹, mettant en marche le moteur de la colère qui a enraciné profondément mon féminisme. À défaut d'avoir pu prévenir et empêcher les violences qu'ont reçues les personnes que j'ai accompagnées, je me suis promis de travailler à mieux les comprendre pour participer à y mettre fin.

C'est durant les trois années suivantes, dans le cadre du baccalauréat en sexologie, que la théorie queer et les théories féministes m'ont été présentées, donnant une clarté intelligible aux impressions et sentiments confus qui vivaient en moi jusqu'alors. La théorie queer permettait de rendre visibles les diversités de genres et d'orientations sexuelles chez les personnes féminisées² et hétérosexualisées³ dans les services en santé gynécologique. Les féminismes, notamment celui intersectionnel, m'offraient des outils consistants et cohérents pour comprendre l'histoire raciste, classiste et sexiste de l'institutionnalisation de la santé sexoreproductive féminisée et appréhender la complexité des liens entre les matrices sociales d'oppression à l'œuvre dans les violences systémiques, y compris médicales.

En poursuivant l'exploration de ces violences à l'aune de ces théories, j'ai été frappée par l'absence de recherches sur les violences gynécologiques non obstétricales, me poussant à agir pour pallier la lacune. Il est déjà assez oppressant que les personnes féminisées soient constamment rappelées à l'injonction à la maternité en tant que rôle social genré par excellence. Il m'a semblé absurde et injuste que même les travaux sur les violences médicales les concernant continuent de se concentrer sur la maternité en reléguant au second plan leur santé gynécologique non périnatale — sans nier que les deux puissent être

¹ Les violences gynécologiques sont parfois désignées conjointement avec les violences obstétricales, soit celles qui sont liées à la période périnatale, incluant l'accouchement.

² J'entends par « personne féminisée » une personne qui, en dépit de son identité de genre et de ses fonctions et organes reproducteurs, se voit généralement attribuer le genre et le sexe « femme » par autrui dans sa vie quotidienne. « Féminisée » désigne le processus par lequel on lui attribue un genre et ce qu'il implique (rôles, capacités, préférences, etc.) à partir de la catégorisation de son apparence.

³ Suivant la même logique, l'hétérosexualisation désigne pour moi le processus par lequel on attribue aux personnes une orientation hétérosexuelle par défaut, quelles que soient réellement leurs attirances.

liées. La démarche aboutissant à ce mémoire demeure fermement propulsée par ma première expérience d'exposition à ces violences, qui remonte à près de 10 ans.

Pour ancrer cette démarche dans une certaine cohérence au regard des choix théoriques qui la traversent, y compris la mention au féminisme du point de vue (standpoint) qui y figure, je m'attarde ici à mon propre positionnement social. Bien que cela se veuille davantage un exercice d'humilité et de transparence qu'un attèlement méthodologique discipliné, rigoureux et ininterrompu, cet arrêt transitoire n'en demeure pas moins important. Cependant, parce que s'y soumettre représente une exposition directe et publique aux violences qui me touchent, j'ai fait le choix de m'en tenir à dresser la liste des systèmes d'oppressions et de privilèges qui se croisent au site de mon positionnement social plutôt qu'à divulguer les détails de ma vie qui caractérisent chacun d'entre eux. Ainsi, la société dans laquelle j'évolue me fait profiter d'une position avantagée au regard du racisme, du colonialisme, de l'âgisme, de la grossophobie, du nationalisme et de la xénophobie. Cependant, elle me fait payer le prix du sexisme, du classisme, de la cisnormativité, de l'hétéronormativité et du capacitisme.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
DÉDICACE.....	iv
AVANT-PROPOS.....	v
LISTE DES FIGURES.....	xi
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
RÉSUMÉ.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 Survol du phénomène.....	3
1.2 Objectifs de recherche et pertinence.....	6
CHAPITRE 2 ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	8
2.1 Histoire et gynécologie : de l'origine du phénomène.....	8
2.2 Portrait des personnes-survivantes.....	9
2.3 Descriptions des violences gynécologiques : des lacunes considérables.....	10
2.4 Répercussions des VG : ce qu'on en sait.....	11
CHAPITRE 3 CADRE THÉORIQUE.....	14
3.1 Paradigme constructiviste.....	14
3.2 Pensée critique.....	14
3.3 Féminisme (intersectionnel).....	16
3.4 Théorie queer.....	20
3.5 Utilisation et pertinence du cadre théorique dans le mémoire.....	22
3.6 Orientation conceptuelle : les VG, d'abord de la violence.....	24
CHAPITRE 4 MÉTHODE DE RECHERCHE.....	26
4.1 Introduction générale aux choix méthodologiques.....	26
4.2 Échantillonnage.....	27
4.2.1 Recrutement intentionnel et critères de sélection.....	28
4.2.2 Recrutement par effet boule de neige.....	29

4.3	Taille d'échantillon	29
4.4	Collecte de données	31
4.5	Stratégies analytiques	33
4.5.1	Pourquoi utiliser la phénoménologie et l'analyse thématique réflexive?.....	33
4.5.2	La phénoménologie pour décrire les expériences de VG (objectif 1)	33
4.5.3	La phénoménologie appliquée au projet	34
4.5.4	L'analyse thématique réflexive pour documenter les répercussions (objectif 2) et explorer les besoins (objectif 3)	36
4.5.5	L'analyse thématique réflexive appliquée au projet	37
4.6	Considérations éthiques.....	38
CHAPITRE 5 ARTICLE 1 (OBJECTIF 1)		40
5.1	Introduction.....	41
5.1.1	Prevalence and manifestations of GV	41
5.1.2	GV, rooted in gynecology's History	42
5.1.3	The origins of the concept of GV.....	43
5.2	The present study.....	43
5.2.1	Theoretical and conceptual framework	43
5.3	Methods	44
5.3.1	Participants and recruitment	44
5.3.2	Data collection	45
5.3.3	Analysis.....	45
5.3.4	Ethical considerations	47
5.4	Results	47
5.4.1	Participants profiles	47
5.4.2	Experiences in gynecological health services	50
5.4.2.1	Moments of being deprived of choices.....	50
5.4.2.2	Moments of being unheard	51
5.4.2.3	Moments of being treated insensitively	52
5.4.2.4	Moments of being dehumanized	53
5.4.2.5	Moments of being abandoned.....	55
5.4.2.6	Moments of being gaslighted.....	56
5.4.3	Delineating violence within negative experiences through subjectivity: perception of GV.....	57
5.4.4	Experiencing GV: a phenomenological description.....	59
5.5	Discussion	61
5.5.1	Implications and recommendations.....	62
5.5.2	Limitations.....	64
5.6	Conclusion	64
CHAPITRE 6 ARTICLE 2 (OBJECTIFS 2 ET 3).....		65
6.1	Introduction.....	66
6.1.1	What is GV?	66

6.1.2	How widespread and prevalent is GV?	67
6.1.3	GV's consequences: what we know	68
6.1.4	Navigating the aftermath of GV: survivors' needs.....	69
6.2	The present study.....	71
6.3	Theoretical and conceptual framework	71
6.4	Methods	72
6.4.1	Participants and recruitment	72
6.4.2	Data collection	72
6.4.3	Analysis.....	73
6.4.4	Ethical considerations	74
6.5	Results	74
6.5.1	Participants profiles	74
6.5.2	Repercussions	76
6.5.2.1	Changing perspective on healthcare: from hopefulness to cynical distrust	76
6.5.2.2	Invisible wounds in the emotional landscape: trauma and its body-mind implications	77
6.5.2.3	The interpersonal shadow of trauma: challenged social interactions and roles.....	78
6.5.2.4	The broken body: alienated embodiment.....	81
6.5.3	Patients' needs for better gynecological healthcare.....	82
6.5.3.1	I need protection and security	82
6.5.3.2	I need acceptable models of care	83
6.5.3.3	I need more power in my hands	84
6.5.3.4	I need holistic care	85
6.5.3.5	I need solicitude from and for providers.....	86
6.5.3.6	I need acknowledgment about GV and gender-based violence.....	87
6.5.3.7	I need to find meaning for what happened	88
6.6	Discussion.....	88
6.6.1	Limitations.....	91
6.7	Conclusion	92
CHAPITRE 7 DISCUSSION		93
7.1	Retour sur les résultats.....	93
7.2	Implications pratiques et recommandations	96
7.2.1	Intervention individuelle	96
7.2.2	Intervention auprès de couples, polycules et familles	97
7.2.3	Interventions de groupe et secteur communautaire	98
7.2.4	Actions politiques et militantes.....	98
7.2.5	Institutions de santé.....	99
7.2.6	Éducation	100
7.3	Forces et limites	101
CONCLUSION		103
ANNEXE A COURRIEL GÉNÉRIQUE POUR ORGANISMES.....		104

ANNEXE B ENTENTE DE COLLABORATION POUR LES ORGANISMES	106
ANNEXE C ANNONCE À PARTAGER.....	110
ANNEXE D CANEVAS D'ENTRETIEN.....	111
ANNEXE E INSPIRATION POUR L'AUTO-IDENTIFICATION DE LA POSITION SOCIALE	118
ANNEXE F DOCUMENTS D'APPROBATION ÉTHIQUE	119
ANNEXE G NOTES D'INTÉGRATION DES PRINCIPES DE LA CPATH.....	123
ANNEXE H CERTIFICATIONS EPTC 2: FER	125
ANNEXE I FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	126
BIBLIOGRAPHIE.....	134

LISTE DES FIGURES

Figure 5.1 Delineation of violence within negative experiences	59
--	----

LISTE DES TABLEAUX

Table 5.1 Participants profiles	48
Table 6.1 Participants profiles	75

RÉSUMÉ

Dans le contexte de la multiplication des mouvements contre la violence basée sur le genre, le mécontentement à l'égard du sexisme dans le domaine de la santé attire l'attention. La présente étude entend contribuer à une meilleure compréhension des violences gynécologiques (VG) en en proposant une description depuis les perspectives de personnes qui en ont fait l'expérience, en documentant les répercussions que ces personnes perçoivent dans leur vie et en explorant leurs besoins en matière de santé gynécologique. En utilisant une approche qualitative exploratoire descriptive, elle emploie la phénoménologie et l'analyse thématique réflexive pour se pencher sur neuf entretiens individuels semi-structurés. Les résultats dépeignent les expériences négatives des personnes-participantes et tracent la ligne de démarcation entre celles-ci et les VG, mettant en évidence la façon dont les perceptions de violence sont formées. Une description phénoménologique est proposée, offrant un accès vivide et intime à ce que peut représenter l'expérience des VG. Les répercussions documentées comprennent la méfiance, l'atteinte à la santé mentale, la complexification des interactions et rôles sociaux et la souffrance du corps. En ce qui concerne les besoins des personnes-participantes, les résultats en répertorient sept : protection et sécurité, modèles acceptables de soins, pouvoir, soins holistiques, sollicitude, reconnaissance des VG et attribution de sens à son expérience. L'étude soulève la nécessité pour les prestataires de soins de réévaluer leur approche en privilégiant l'empathie et l'humilité. Les personnes-participantes plaident en faveur d'une communication ouverte, d'interactions positives et de l'implication des organismes communautaires, des partenaires et des prestataires dans la lutte contre les VG. Cette recherche présente la nécessité d'agir rapidement contre celles-ci. Elle contribue aux réflexions sur ce phénomène en mettant en lumière des expériences nuancées et en fournissant des pistes d'interventions inclusives en matière de santé gynécologique.

Mots clés : violences gynécologiques, phénoménologie, féminisme intersectionnel, théorie queer, pensée critique

ABSTRACT

Amid the multiplication of movements against gender-based violence, discontent with sexism in healthcare is gaining attention. The present study aims to contribute to a better understanding of gynecological violence (GV) by describing it from the viewpoints of people who have experienced it, documenting the repercussions these people perceive in their lives, and exploring their needs in terms of gynecological health. Using a descriptive exploratory qualitative approach, the study uses phenomenology and reflective thematic analysis to delve into nine semi-structured individual interviews. The results depict the negative experiences of the participants and draw the line between these and GV, highlighting how perceptions of violence are formed. A phenomenological description is offered, providing vivid and intimate access to what experiencing GV can represent. Documented repercussions include mistrust, damage to mental health, complexification of social roles and interactions, and bodily suffering. The results list seven needs: protection and safety, acceptable models of care, power, holistic care, solicitude, acknowledgment of GV, and attribution of meaning. The study raises the need for care providers to re-evaluate their approach, emphasizing empathy and humility. Participants advocate open communication, positive interactions, and the involvement of community organizations, partners, and providers in the fight against GV. This study underscores the necessity of taking prompt action against GV. It informs discussions on this phenomenon by highlighting nuanced experiences and providing avenues for inclusive interventions in gynecological health.

Keywords : gynecological violence, phenomenology, intersectional feminism, queer theory, critical thinking

INTRODUCTION

Le système médical m'a blessée plus qu'une agression sexuelle avec une arme à feu. C'est fou, là! À cause de la répétition. À cause que c'était pas supposé. Ils sont supposés être là pour prendre soin de nous. [...] Y'avaient pas le droit de faire ça. (Joe)

Ce mémoire s'ouvre sur les propos poignants d'une personne qui a traversé des expériences gynécologiques douloureuses. Son témoignage livré généreusement pour cette étude se joint à la multitude de récits similaires qui mettent en lumière une réalité troublante et par trop occultée : celle des violences gynécologiques (VG).

Ce concept est issu de mouvements féministes militants et ses origines remontent à un constat critique des pratiques dans les services en santé gynécologique. Il a été utilisé pour englober des actes variés tels que les touchers vaginaux et examens rectaux non nécessaires pratiqués sans explication ni consentement, les interventions invasives ou douloureuses réalisées sans anesthésie adéquate, la remise en question des choix reproductifs des personnes et les blagues déplacées qui ridiculisent les préférences sexuelles ou l'apparence des organes génitaux.

Le concept de VG émerge d'une prise de conscience collective au sujet des expériences traumatisantes, abusives et déshumanisantes vécues par de nombreuses personnes féminisées lors de consultations médicales touchant leur intimité sexoreproductive. Il met en lumière les inégalités de pouvoir, les stéréotypes de genre et le manque de respect envers l'autonomie et le consentement des personnes-patientes dans le domaine de la santé. Pour cette raison, de plus en plus de voix s'élèvent pour dénoncer et remettre en question les normes et standards de pratique afin de promouvoir des soins respectueux, bienveillants et éthiques.

La reconnaissance croissante de ce problème trouve écho dans la manière dont ce mémoire, inscrit dans le vaste paysage de la sexologie, entreprend l'exploration des expériences de VG. Dans un exercice scientifique et politique, il donne la parole aux personnes qui rapportent en avoir vécu et les positionne au centre de la compréhension de ce phénomène qui les affecte en premier lieu. Il considère les multiples dimensions de leur identité et de leur positionnement social, cherchant à saisir ce que sont ces violences et ce qu'elles impliquent pour elles. La structure de ce mémoire est construite par chapitres, qui se

présentent dans l'ordre suivant : problématique, état des connaissances, cadre théorique, méthode, résultats (sous forme d'articles), discussion et conclusion.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Ce chapitre plonge au cœur des vagues de dénonciations des VG en explorant leur genèse et en exposant les multiples situations signalées par les personnes et les mouvements en lien avec les services en santé gynécologique. Il considère la distinction subtile – mais importante – entre les violences gynécologiques et celles obstétricales. Il éclaire les fossés épistémiques qui subsistent face à ce phénomène et propose ultimement de pallier ce problème, sans omettre de détailler comment et pourquoi il convient de se lancer dans une telle entreprise.

1.1 Survol du phénomène

Dans les deux dernières décennies, les mouvements qui dénoncent les violences systémiques, interpersonnelles et celles basées sur le genre se sont multipliés à un rythme soutenu, révélant l'ampleur des problèmes sociaux qui leur sont associés. Le mécontentement envers le sexisme dans le domaine de la médecine n'y fait pas exception. Plusieurs cas de violences commises dans le cadre de services en santé gynécologique ont soulevé l'indignation populaire, en particulier sur les diverses plateformes médiatiques et sociales, et ce, à l'échelle internationale (Commission sur l'égalité et la non-discrimination [CEND], 2019; Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [HCE], 2018).

La pratique d'examen vaginaux non consentis sur des personnes anesthésiées a par exemple été révélée, puis relayée et dénoncée dans des médias journalistiques français (Béguin, 2016; Boinet, 2015; Hache, 2015; Lorriaux, 2018; Wemaere et Gomez, 2015), états-uniens (Goldberg, 2020; Hsieh, 2018; McDermott et K. Johnson, 2019) et canadiens (Ubelacker, 2012; Weeks, 2012). Deux chercheuses canadiennes en ont d'ailleurs fait le sujet d'un article publié dans le *Canadian Medical Association Journal*, dans lequel elles dénoncent cette pratique (Gibson et Downie, 2012). La toile s'est aussi enflammée en réponse au dévoilement du phénomène des stérilisations forcées commises sur des personnes issues de groupes socialement minorisés, notamment des femmes autochtones, racisées, pauvres, en situation de handicap, ainsi que des personnes intersexuées et trans (Comité sénatorial des droits de la personne, 2021; Fournier, 2021; Jung, 2021; La Presse canadienne, 2021; Lhénoret, 2020; Lombard et Shaheen-Hussain, 2021; Paré, 2014; Stote, 2019; Teitel, 2019).

Les examens vaginaux réalisés sur des personnes anesthésiées non consentantes de même que les stérilisations forcées sont des exemples flagrants de violences qui se déroulent dans les services en santé gynécologique. Ces pratiques ne sont toutefois pas les seules à être réprochées. Un rapport français du HCE (2018) révèle que les formes que prennent ces VG sont plurielles. Il est par exemple question d'insultes au sujet de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre, de propos dénigrants et infantilisants et de harcèlement sexuel.

Les violences gynécologiques sont fréquemment comprises sous le concept-parapluie de « violences obstétricales et gynécologiques » (VOG), un terme apparu en Amérique latine autour des années 2000 (Williams *et al.*, 2018). L'obstétrique est une spécialité médicale qui intervient durant la période périnatale, c'est-à-dire celle qui est liée à l'accouchement, tandis que la gynécologie s'intéresse dans l'ensemble à l'appareil génital des femmes⁴ – on parle donc de la vulve, du vagin, de l'utérus, etc. (Williams *et al.*, 2018) Si les violences obstétricales et les violences gynécologiques ont certes des points en commun, les premières font souvent ombrage aux deuxièmes.

En effet, le concept de violences obstétricales apparaît dans les archives dès le 19^e siècle (Blundell, 1827). C'est un concept qui a été popularisé par les mouvements militants d'humanisation des naissances en Amérique latine, notamment au Brésil (Sadler *et al.*, 2016; Williams *et al.*, 2018). Le concept a été défini par le Venezuela pour la première fois en 2007 (Williams *et al.*, 2018). Ce pays en a fait l'une des 19 formes de violence envers les femmes punissables par la *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*⁵ (República Bolivariana de Venezuela, 2007), qui les cadre comme une violation des droits sexuels et reproductifs (Sadler *et al.*, 2016). L'Argentine, la Bolivie, le Panama et le Mexique lui ont emboîté le pas en plaçant ces violences dans leur législation contre la violence et les inégalités de genre (Williams *et al.*, 2018). Depuis 2014, des groupes citoyens surveillent et étudient ce type de violence au Chili, en Espagne, en Argentine, en Colombie et en France, se coalisant même dans une publication commune pour les dénoncer en 2016 (Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica, 2016). Plus récemment encore, plusieurs études ont été menées au sujet des violences obstétricales, contribuant ainsi à mieux les

⁴ Les définitions de la gynécologie ont recours au concept « femme » et à celui de « féminin » pour désigner son sujet d'expertise. Néanmoins, il sera ici posé, dans une approche inclusive, que la santé gynécologique n'est pas l'apanage des femmes et que les régions anatomophysiologiques associées à la santé gynécologique ne sont pas intrinsèquement féminines. Nous y reviendrons.

⁵ « Loi organique sur le droit des femmes à une vie sans violence » [Notre traduction]

comprendre et à en faire connaître les tenants et aboutissants (Annborn et Finnbogadóttir, 2022; Bajos *et al.*, 2012; Farah Diaz-Tello, 2016; Lévesque *et al.*, 2018; Michel et Squires, 2018; Sadler *et al.*, 2016).

Pendant ce temps, les descriptions proposées par les médias (Déchalotte, 2017; Faure, 2018; Froidevaux-Metterie, 2018) et par les milieux communautaires (La collective du 28 mai, 2019) et institutionnels (CEND, 2019; HCE, 2018) pour cerner les VG sans rapport avec l'accouchement se font rares. Pourtant, la santé gynécologique a une existence en dehors des soins périnataux. L'utilisation de méthodes contraceptives, les infections vulvaires, vaginales et utérines, les cancers ovariens, la ménopause et l'endométriose sont à ce titre des exemples de situations et contextes non obstétricaux qui touchent la santé gynécologique et peuvent nécessiter un recours aux services qui y sont associés.

De surcroît, les quelques descriptions des VG qui existent comportent des failles considérables. On se contente souvent de les présenter comme des violences qui « [...] sont similaires aux violences obstétricales, mais [qui] peuvent survenir hors du contexte de la grossesse. » (La collective du 28 mai, 2019, paragr. 1). Ces descriptions ne traduisent ni le vécu subjectif des personnes, ni les répercussions de ces violences, ni les attitudes et gestes précis qui sont vécus comme violents. Parce qu'elles ne s'appuient pas sur des vécus subjectifs et un vocabulaire enraciné dans le savoir expérientiel, il devient difficile, pour les personnes-patientes qui auraient pu vivre des VG, d'y lier leur vécu, de s'y reconnaître. En ne mettant pas en avant des répercussions ou des gestes et attitudes facilement identifiables, les descriptions continuent de limiter leur potentiel d'utilisation aux personnes en mesure d'interpréter des idées abstraites et d'intellectualiser des phénomènes qui, pour les personnes-survivantes, sont d'abord personnels, intimes et affectifs. Ceci est sans compter que les descriptions s'appuient sur des discours qui invisibilisent les personnes les plus susceptibles de vivre de la violence dans les soins de santé : celles issues de groupes socialement marginalisés (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023; Quéré, 2019).

Par ailleurs, si le concept de VG est présent sur les réseaux sociaux et au sein des mouvements militants, il semble avoir tout juste traversé la frontière de la science, où il n'est cependant l'objet que de très rares travaux. En fait, au moment de rédiger ces lignes, une seule étude parmi celles accessibles en français ou en anglais abordait directement le sujet (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023). Celle-ci conçoit les VG comme des pratiques de subordination des personnes-patientes par les personnes-soignantes, entraînant une perte d'autonomie et de capacité décisionnelle. Les VG seraient caractérisées par des actions telles que cacher des informations, faire des commentaires ironiques ou impertinents, réprimander, infantiliser,

réaliser des examens génitaux non consentis, imposer une médicalisation excessive et utiliser des procédures délibérément douloureuses. Elle engloberait aussi des formes de violence sexuelle, par exemple l'injonction à la nudité sans justification médicale, un toucher inapproprié des organes sexuels et des agressions sexuelles. Cependant, en ne reposant pas sur une démarche scientifique, la description de Cárdenas-Castro et Salinero-Rates (2023) manque de fondement et de transparence. Elle n'est pas étayée par des études consacrées à la description des VG et semble plutôt construite sur la perception subjective de l'équipe de recherche. Étant donné la variabilité des perceptions, il serait plus judicieux de s'appuyer sur une démarche scientifique de construction d'une description du phénomène pour en renforcer la rigueur, la validité et la fiabilité.

Les lacunes dans les connaissances, décrites précédemment, alimentent le caractère occulte du phénomène, ce qui, à son tour, entrave une compréhension complète de ses conséquences. Derrière cette ignorance épistémologique, les trajectoires de soins des personnes ayant vécu des VG pourraient être en train de s'éroder. Un rapport négatif et un sentiment de méfiance envers les personnes-soignantes pourraient par exemple inhiber la recherche d'aide et de soutien des personnes-patientes (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023; Yeh et Nagel, 2010). En conséquence, il semble impératif de pallier les lacunes identifiées afin de développer une compréhension plus nette et plus solide du phénomène et de ses implications.

1.2 Objectifs de recherche et pertinence

L'objectif principal du présent projet de recherche est d'explorer le phénomène des VG à partir des perspectives de personnes qui rapportent en avoir fait l'expérience. Plus spécifiquement, il s'agit (1) de proposer une description des VG qui soit située dans leurs expériences, (2) de documenter les répercussions qu'elles en perçoivent dans leur vie et (3) d'explorer leurs besoins en lien avec la santé gynécologique.

Ce mémoire entend contribuer ce faisant à mettre en lumière un phénomène peu discuté dans les écrits scientifiques. Fournir un portrait enraciné dans l'expérience des personnes permettra de mieux comprendre le phénomène et les conséquences qui y sont associées et pourra servir de base aux futures recherches s'y intéressant. Il contribuera aussi au domaine de la sexologie en participant directement à l'amélioration des connaissances sur les contextes pouvant fragiliser la santé sexoreproductrice. En dévoilant les expériences et besoins spécifiques des personnes ayant vécu des VG, les résultats de cette étude pourront servir à l'élaboration de solutions pratiques et recommandations politiques en matière de santé sexoreproductrice, favorisant du même coup l'amélioration des interventions dans les services de santé et les services sociaux.

Par exemple, suggérer des axes de formation pour les personnes-soignantes pourrait améliorer la prise en charge des personnes ayant vécu des VG. De la même manière, recommander des approches de soutien psychologique et des services spécialisés pour répondre à leurs besoins spécifiques participerait à améliorer leur bien-être émotionnel.

Sur le plan social, ce projet favorisera à la fois le partage des expériences de personnes dont les voix sont souvent tues et à l'intelligibilisation de leur vécu. Les résultats pourront servir à développer des initiatives de sensibilisation et d'éducation du public, élever la conscience collective sur l'existence des VG et sur leurs conséquences, et encourager les personnes à briser le silence ou chercher du soutien. L'éducation favorise en outre l'autonomisation des personnes-patientes en fournissant des informations sur leurs droits, les signes de violence et les ressources disponibles pour obtenir de l'aide. La sensibilisation peut quant à elle promouvoir une culture de solidarité et d'empathie envers les personnes-survivantes.

CHAPITRE 2

ÉTAT DES CONNAISSANCES

Ce chapitre se penche sur l'histoire et la genèse de la problématique des VG. Il explore comment la gynécologie, en tant que spécialité médicale, a émergé à partir d'une histoire marquée par la violence. En explorant les définitions existantes des VG, le chapitre révèle des lacunes conceptuelles et la nécessité d'une compréhension plus approfondie des impacts subjectifs et des diversités d'expériences de ce phénomène.

2.1 Histoire et gynécologie : de l'origine du phénomène

La gynécologie est née d'une histoire de violence sexiste, raciste et classiste (Cooper Owens, 2017; Déchalotte, 2017). La personne fréquemment désignée comme fondatrice de la gynécologie en tant que spécialité médicale est le docteur James Marion Sims, un chirurgien américain ayant vécu au 19^e siècle. Cet homme est connu pour avoir pratiqué des interventions chirurgicales expérimentales non éthiques sur des femmes racisées et esclavagisées⁶ dans le but de développer une technique de réparation des fistules vésico-vaginales (Khabele *et al.*, 2021). Il serait parvenu à ses fins en 1849, après avoir forcé au moins 14 de ces femmes à endurer des heures de chirurgies vaginales sans anesthésie, alors que celle-ci était accessible (Cooper Owens, 2017; Khabele *et al.*, 2021), et après avoir failli causer la mort de l'une d'entre elles (Cooper Owens, 2017). Si cette période historique ne connaissait pas encore le concept de gynécologie, spécialité médicale encore embryonnaire, il demeure que ces femmes ont vécu des violences (Cooper Owens, 2017; Khabele *et al.*, 2021) de la main d'un médecin se spécialisant dans ce qui aujourd'hui relève des services en santé gynécologique (Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, 2021b).

Bien que la gynécologie n'existait pas en tant que spécialité médicale avant le 19^e siècle, ce qui est aujourd'hui considéré comme des VG existait quand même. En fait, cette forme de violence aurait été longtemps cachée, ignorée, présentée en termes de cas isolés ou exceptionnels, rendue taboue et minimisée (CEND, 2019). Une sociologue et historienne spécialisée en étude du genre et en histoire de la médecine a d'ailleurs écrit que « l'expression de "maltraitance gynécologique" s'[est] impos[ée] dans le

⁶ Néologisme issu de la traduction du mot anglais « enslaved », qui met l'accent sur la situation forcée d'être réduit-e en esclavage, plus juste que le mot français « esclave », qui réduit la personne à un état et efface le processus qui l'a placée dans cette position.

monde francophone comme si elle allait de soi, comme si elle venait enfin de nommer une réalité bien connue[,] mais longtemps tue. » (Vuille, 2016, p. 5)

Ce n'est pourtant que vers les années 2000 que le concept de « violences obstétricales et gynécologiques » est apparu, désigné ainsi par des féministes d'Amérique latine (HCE, 2018). Il est cependant à noter que leurs efforts militants s'attardaient surtout aux violences obstétricales (HCE, 2018), occultant au passage celles gynécologiques. C'est en France qu'un événement précis aurait été le déclencheur d'une vague de dénonciations et de témoignages publics visant à briser le silence sur les pratiques violentes dans les services de santé gynécologique. En 2014, sur Twitter, une étudiante française a lancé le mot-dièse #PayeTonUtérus, qui a incité plus de 7000 personnes à dévoiler publiquement ces pratiques, et ce, en seulement 24 h (HCE, 2018). Son tweet, supprimé depuis, allait ainsi : « OK allons-y, tweetez sur #PayeTonUterus pour raconter vos galères médicales. » Son élan était initialement porté par des préoccupations féministes en lien avec le corps médical et par sa fatigue personnelle découlant de l'accès très difficile et onéreux aux services de santé gynécologique, même pour les soins de base (Dusseaulx, 2018). D'autres mots-dièse poursuivant le même objectif sont ensuite apparus, traversant les frontières de la France, montrant l'étendue du phénomène (HCE, 2018). Parmi ceux-ci, #prekinimošutnju (#brisonslesilence en croate), #STOPVGO, #bastatacere (#arrêtonsdenoustaire en italien) et #MeTooPelvic n'en sont que quelques exemples. Une initiative québécoise a également permis de recueillir plusieurs centaines de témoignages de ces violences depuis 2019 (La collective du 28 mai, 2019).

2.2 Portrait des personnes-survivantes

La gynécologie étant définie comme « l'étude de la femme » (Association des obstétriciens et gynécologues du Québec, 2021a, paragr. 1), il n'est pas surprenant que les témoignages retraçables par les différents mots-dièse soient surtout ceux de femmes. Pourtant, la gynécologie n'est pas l'expertise de « la femme ». Elle est l'expertise des zones anatomiques, organes et processus physiologiques féminisés (Moseson *et al.*, 2020). Or, le sexe n'ayant en toute chose pas de genre sinon que celui qu'on lui attribue (Kessler et McKenna, 1978), il serait plus juste de désigner les corps que la gynécologie peut servir (ceux pourvus d'une vulve, d'un vagin, d'un utérus, d'ovaires, etc.; Moseson *et al.*, 2020). Cela signifie qu'à un moment ou à un autre de leur vie, des femmes cisgenres et trans, des hommes trans, des personnes non binaires, des personnes intersex(uées)⁷ et bien d'autres groupes de personnes peuvent être amenés à

⁷ Terme emprunté à Janick Bastien Charlebois (2017) et à son travail d'intelligibilisation d'expériences intersexes.

obtenir des services en santé gynécologique et à y vivre des violences (Cano, 2019; Moseson *et al.*, 2020). Quéré (2019) explique d'ailleurs que les rapports de classe, de genre, de race et d'âge, notamment, influencent le respect des droits des personnes dans les services en santé – les groupes marginalisés étant ceux dont les droits sont les moins respectés.

2.3 Descriptions des violences gynécologiques : des lacunes considérables

Les précédents paragraphes ont présenté l'origine des VG, leur étendue et les personnes susceptibles de les vivre. Il reste à clarifier ce que sont ces violences. Or, bien que ce concept soit utilisé dans des textes politiques et militants, aucune définition proposée ne permet de les circonscrire clairement. En fait, la notion même de VG n'est pas constante. Il sera par exemple parfois question de maltraitances gynécologiques (Bernier, 2017; Omélianenko, 2015) et d'autres fois d'actes sexistes en gynécologie (HCE, 2018). Néanmoins, les définitions proposées ont généralement en commun certains attributs :

1. Les VG comprendraient un large éventail de pratiques, d'actes, de gestes, de propos ou de comportements (HCE, 2018; Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes [IRASF], s.d.) qui sont exercés ou omis (HCE, 2018; Marcilly et Mauri, 2018).
2. Les VG se dérouleraient en l'absence du consentement libre et éclairé des personnes-patientes (CEND, 2019; Froidevaux-Metterie, 2018; Quéré, 2019), en l'absence de justification médicale (CEND, 2019; IRASF, s.d.), ou en opposition avec les « données et recommandations scientifiques actuelles » (CEND, 2019; IRASF, s.d. paragr. 1).
3. Elles seraient le fait du personnel soignant de toutes spécialités, qui n'aurait pas nécessairement d'intentions violentes, et viseraient les personnes-patientes (HCE, 2018; Marcilly et Mauri, 2018).
4. Elles se dérouleraient dans un contexte où les soins de santé sexoreproductive sont institutionnalisés et où la position de pouvoir des personnes-soignantes sur les personnes-patientes est légitimée (CEND, 2019; HCE, 2018; IRASF, s.d.).
5. Elles découleraient entre autres du sexisme, du racisme, du classisme, de la violence et de la volonté de contrôler, qui traversent l'histoire de la médecine sexoreproductive féminisée (Cooper Owens, 2017; HCE, 2018; Marcilly et Mauri, 2018).
6. Elles auraient des répercussions sur l'intégrité physique et mentale des personnes-patientes (CEND, 2019; HCE, 2018; IRASF, s.d.).

L'IRASF (s.d.) fournit des exemples de pratiques jugées violentes en gynécologie : agressions physiques et verbales, humiliation, non-respect de la confidentialité et violation de l'intimité. La CEND (2019) en propose aussi : actes non appropriés ou non consentis, comportements sexistes, traitements irrespectueux et abusifs, humiliation, brutalité, stigmatisation, invisibilisation, exclusion, incitation à renoncer à ses droits en tant que personne-patiente, violences physiques, mépris et indifférence à la douleur, etc.

À l'exception de ces attributs, les différentes conceptualisations des VG demeurent lacunaires. La plupart ne tiennent pas compte du fait qu'il n'y a pas que les femmes qui obtiennent des services en santé gynécologique (Moseson *et al.*, 2020). Elles ne rendent pas intelligibles les répercussions des violences dans la vie des personnes-survivantes, ni d'ailleurs d'éléments intégrant leur subjectivité. Comment ces personnes ressentent-elles les VG dans leur corps et leur tête? Quelles émotions ces violences suscitent-elles? Comment sont-elles interprétées et reconnues? Quelles sont les répercussions précises qui sont rapportées et quels besoins en découle-t-il?

Devant les limites dans la compréhension actuelle des VG, il apparaît impératif d'élargir la portée des connaissances afin d'inclure une diversité d'expériences et de perspectives. Cet élargissement doit en outre mettre en avant les témoignages des personnes-survivantes, car leurs récits nous donnent accès à une compréhension vivide, personnelle, profonde et empathique du phénomène des VG à travers l'expérience vécue.

2.4 Répercussions des VG : ce qu'on en sait

Les répercussions des VG n'ont été présentées jusqu'à maintenant que dans des documents provenant d'organisations politiques ou de productions médiatiques. Certains articles scientifiques portant sur le thème plus large des violences faites aux femmes dans les soins de santé peuvent néanmoins inspirer l'anticipation des répercussions possibles des VG.

Un rapport de la CEND (2019) souligne que les violences obstétricales et gynécologiques peuvent entraîner des douleurs inutiles durant les interventions, causer des traumatismes physiques et psychiques, rendre les relations sexuelles pénétratives douloureuses, déclencher des dépressions et des troubles de stress post-traumatique, dégrader la santé génésique, la confiance en soi et les relations affectives, et susciter de la méfiance envers les services en santé gynécologique et les personnes-soignantes.

En s'appuyant sur les témoignages du reportage « Le gynécologue et la sorcière » (Bienaimé, 2018), un rapport de l'IRASF (2017) et des entretiens avec des représentantes du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) et de l'IRASF réalisés pour son propre rapport, le HCE (2018) fait aussi ressortir de multiples répercussions des VG. Les impacts psychologiques incluent le sentiment de culpabilité, la perte d'estime de soi et le trouble de stress post-traumatique. Les impacts physiques comprennent les lésions corporelles et les douleurs. Les répercussions dans les relations de soins comprennent l'évitement et la

peur de consulter les services en santé gynécologique ainsi que la réticence à collaborer avec les personnes-soignantes. Les VG pourraient aussi se répercuter sur la vie professionnelle des personnes-survivantes, menant par exemple à des arrêts de travail. Elles peuvent en outre avoir des effets sur leur vie intime, par exemple en altérant leurs relations et en provoquant la détérioration de leur santé sexuelle. Enfin, des défis ajoutés dans le rôle de parent et la vie familiale y sont rapportés, par exemple la difficulté de s'attacher à son bébé à la suite de violences vécues durant l'accouchement.

Dans son ouvrage *Le livre noir de la gynécologie*, la journaliste Mélanie Déchalotte (2017) a recueilli des témoignages et récits de personnes qui ont vécu des mauvais traitements en gynécologie et en obstétrique. Son travail narratif mettant en commun ces expériences permet de faire ressortir des répercussions telles que des grossesses non désirées, des stérilisations forcées, des troubles du sommeil et de l'alimentation, de la honte, de la culpabilité et des reviviscences de traumas sexuels. En parallèle, d'Oliveira *et al.* (2002) ont publié une synthèse critique de diverses études internationales sur la violence exercée par des personnes-soignantes sur des personnes-patientes dans le contexte de l'accouchement. Cette synthèse fait état d'anxiété, de peur et d'interventions inutilement douloureuses car réalisées sans anesthésie.

De leur côté, Marcilly et Mauri (2018) ont publié une thèse basée sur une méthode qualitative qui explore la maltraitance médicale dans la pratique obstétricale ambulatoire à travers des entretiens individuels semi-structurés menés auprès de 16 femmes en France. Leur recherche fait ressortir des répercussions telles que des reviviscences de traumas sexuels, ce que documentent aussi Mark *et al.* (2008) dans leur étude transversale quantitative utilisant des questionnaires autoadministrés, menée auprès de 730 femmes allemandes. Marcilly et Mauri (2018) notent aussi des répercussions telles que de la honte, de la culpabilité, des renoncements aux soins et des troubles du sommeil et de l'alimentation.

Friesen (2018), autrice d'un article décrivant le caractère non éthique des examens vaginaux non consentis réalisés sur des personnes anesthésiées (donc inconscientes), cite notamment parmi les conséquences possibles de cette pratique la perte de confiance et la peur envers les services en santé gynécologique et les personnes-soignantes.

Enfin, une étude quantitative sur les VG menée auprès de 1503 femmes au Chili permet d'identifier des conséquences psychologiques telles que des sentiments d'impuissance, des traumatismes, de la détresse émotionnelle, un rapport altéré à soi-même et une santé mentale bousculée (anxiété, attaques de panique; Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023). Les conséquences physiques qui y sont identifiées comprennent

la douleur et l'aggravation de conditions de santé préexistantes. Les répercussions interpersonnelles incluent une perte de confiance envers le personnel de soins, menant à l'évitement des services en santé, et une détérioration de la sexualité, des relations et du rapport à l'environnement physique et social.

Ainsi, la documentation disponible sur les VG révèle des répercussions profondes et variées dans la vie des personnes-survivantes. Traumatismes, méfiance, arrêts de travail, déclin des relations, lésions... De telles répercussions sont alarmantes. Cependant, ces connaissances sont tirées principalement de sources politiques et médiatiques. Bien que ces contributions soient importantes, elles ne se substituent pas à une analyse scientifique. Une approche fondée sur la recherche permettrait de corroborer et d'enrichir les connaissances par une démarche reproductible et un ancrage théorique approfondi.

CHAPITRE 3

CADRE THÉORIQUE

Ce chapitre explicite la conception paradigmatique, ontologique, épistémologique et méthodologique sous-tendant la recherche qui fait l'objet de ce mémoire. Il couvre les orientations théoriques et conceptuelles de cette recherche de même que la manière dont elles sont mobilisées pour la servir.

3.1 Paradigme constructiviste

Avant même de s'attarder à la notion de violence en tant que concept, il convient d'explicitier le paradigme qui dirige les postulats philosophiques derrière l'ensemble des choix et orientations de cette étude. S'inscrivant dans les expertises attribuées aux sciences sociales, celle-ci s'appuie sur un paradigme constructiviste. Ontologiquement, il est posé que la réalité est dépendante des perceptions humaines et construite socialement. Cette manière d'envisager le monde et l'existence implique qu'il n'y ait pas de réalité unique et objective, mais plutôt plusieurs réalités construites par l'interprétation que font les personnes de leurs expériences de vie. Épistémologiquement, ce paradigme veut que la connaissance ne soit accessible qu'à travers le prisme de ces perceptions, qui sont elles-mêmes situées dans un contexte spatial, culturel et temporel précis. La connaissance est ainsi changeante par nature. Méthodologiquement, enfin, le projet repose sur une démarche inductive, qualitative et axée sur les subjectivités de personnes en interaction (intersubjectivités).

Ces choix enjoignent à concevoir que la présente recherche construit des connaissances sur les VG plutôt que de les découvrir et à reconnaître qu'il n'existe pas de réalité de ces violences qui soit neutre et dépourvue d'intérêts humains. Aussi cela implique-t-il de s'intéresser aux représentations de ce phénomène qui sont le fait de l'esprit, des idéologies et des croyances (Sensoy et DiAngelo, 2017).

Sous le parapluie paradigmatique du constructivisme, les possibilités d'orientations théoriques et conceptuelles ne manquent pas. Dans le cas présent, ce sont les courants féministes intersectionnel et queer ainsi que la pensée critique qui orientent les choix de la recherche.

3.2 Pensée critique

Certaines perspectives constructivistes considèrent qu'aucune question de recherche n'est neutre. Ces questions sont même parfois vues comme toujours politiques et conditionnant la production et la diffusion

des connaissances (Sensoy et DiAngelo, 2017). C'est le cas de la pensée critique, une tradition de pensée ayant émergé au début du 20^e siècle. Attribuée à l'Institut de recherche sociale de Francfort, celle-ci s'intéresse au fonctionnement de la société et s'efforce de se prononcer sur ce fonctionnement au regard du changement qui peut en être espéré. Elle est une approche du savoir qui s'attarde à explorer avec profondeur les enjeux de la connaissance et les relations que ces enjeux partagent à la racine, mais aussi leurs éventuelles incohérences et contradictions (Sensoy et DiAngelo, 2017).

En recherche, où la production de connaissances dépend d'une répartition inéquitable du pouvoir, les choix épistémologiques, ontologiques et méthodologiques ainsi que l'adhésion ou non à certaines conventions sont susceptibles d'entraîner l'exclusion, même involontaire, de réalités moins privilégiées (Sensoy et DiAngelo, 2017). En ce sens, la pensée critique encourage la réflexivité des personnes-chercheuses face aux impacts de la démarche qu'elles choisissent, et ce, pour promouvoir un changement intentionnel induit par les actions de la recherche sur le phénomène étudié. Autrement dit, ce courant de pensée permet d'intégrer à la démarche scientifique une part politique — de par un engagement assumé vers un idéal de justice sociale —, subjective — bien que critiquable puisque transparente — et éthique, suivant aussi son intégration d'une critique autoréflexive (Fortin et Houssa, 2012).

Pour tendre vers l'idéal de justice sociale qu'elle promet, la pensée critique admet que les individus font partie de groupes sociaux stratifiés, c'est-à-dire divisés et hiérarchisés, chaque groupe ayant un accès inégal aux ressources par rapport aux autres groupes. Cette stratification sociale divise par exemple les personnes en fonction de la classe, de la racialisation, du genre, des capacités physiques, etc.⁸ (Sensoy et DiAngelo, 2017)

La pensée critique nécessite d'être en mesure de s'observer en train d'observer son objet d'étude (Fortin et Houssa, 2012). C'est ainsi que l'on parvient à choisir plus consciemment ce qui, de notre subjectivité ou de celle des personnes qui partagent leur savoir situé, est réellement mis en avant. C'est aussi ce qui oblige à expliciter les choix afin de les rendre évidents et disponibles pour une évaluation politique et épistémologique de leur valeur. Il convient en outre de considérer la variété et la validité des points de vue qui se portent sur un sujet (Paul, 2018), y compris — en particulier, même, vu le défi d'humilité que cela représente — ceux qui ne sont pas les nôtres ou avec lesquels on est en désaccord (Paul, 2018). Ce

⁸ Parce que la pensée critique partage cette idée avec la théorie féministe intersectionnelle, il en sera question plus en détail dans la section réservée à cette dernière.

faisant, les points de convergence et de divergence entre ces points de vue sont mis en lumière et une certaine diversité des interprétations apparaît en tant qu'évidence (Paul, 2018).

Suivant cette démarche, lutter contre l'injustice sociale implique de réfléchir à la manière dont les individus (soi y compris) et les structures sociales (re)produisent les injustices par la répartition inéquitable du pouvoir, y compris dans le développement du savoir (Sensoy et DiAngelo, 2017). Cela nécessite de mettre en lumière les efforts demandés, même implicitement, aux différentes strates sociales pour subvertir les connaissances et l'épistémologie — puisque ces efforts à fournir sont tout aussi inégalement répartis que l'accès aux ressources. Enfin, cela implique de reconnaître les intérêts que certains groupes ont à déterminer et contrôler les significations socialement attribuées aux faits dans des contextes spatiaux, culturels, historiques et politiques donnés.

Paul (2018) précise que l'on reproche à la pensée critique de ralentir la progression des connaissances et la compréhension des phénomènes étudiés par la surcontextualisation des résultats. S'il y a peut-être une part de vrai dans ce reproche, il semble impératif de rappeler — ce qu'il fait lui-même — que l'on peut aussi reprocher à l'absence de pensée critique de mener à l'accumulation de connaissances situées, mais présentées incorrectement comme neutres et objectives, détournant ainsi la science constructiviste de ses principes fondamentaux (Sensoy et DiAngelo, 2017). La pensée critique s'avère nécessaire lorsque l'objectif d'une étude est justement de faire de la place aux expériences hétérogènes (Paul, 2018) et autrement marginalisées ou assimilées sous les expériences dominantes, hégémonisées. Elle favorise l'empathie en ce qu'elle invite à se représenter la légitimité de plusieurs points de vue en plus du sien propre (Paul, 2018). Ce sont là précisément des avantages recherchés dans le contexte de la présente étude au regard de l'état des connaissances sur les VG et des objectifs de recherche qui en découlent.

3.3 Féminisme (intersectionnel)

Dans un contexte de recherche, le féminisme⁹ est une perspective politiquement engagée qui s'appuie sur des méthodes novatrices et cherche à entraîner un changement social (Charron et Auclair, 2016; Flores Espínola, 2012). Ledit changement social renvoie dans ce cas à l'idée de faire de la recherche un instrument d'émancipation pour les femmes, ce qui peut passer par la présentation des études féministes aux acteurs

⁹ Le féminisme a des courants pluriels (matérialiste, libéral, noir, etc.). Il est donc plus question « des » féminismes. Ici, la forme singulière (« le ») est néanmoins utilisée pour regrouper les caractéristiques communes de ces courants sous un même terme parapluie.

sociaux influents et son utilisation pour la formulation de politiques publiques, mais aussi par l'implication des personnes-participantes dans plusieurs étapes clés d'une recherche, voire dans toutes ses étapes. La recherche féministe tente de valoriser les expériences des femmes, de considérer ces dernières comme des sujets plutôt que des objets d'étude et de s'attarder à ce qu'elles jugent problématique (Ollivier et Tremblay, 2000). Autrement dit, ce type de recherche écoute les femmes et construit une démarche de recherche *pour* elles, et non *sur* elles (Harding, 1987).

La recherche féministe reconnaît que les femmes constituent un groupe social hétérogène, en dépit des expériences communes qu'elles partagent du fait d'être associées au genre féminin (Flynn *et al.*, 2014). Parfois elle-même accusée de reproduire des injustices sociales, la recherche féministe se doit de considérer d'autres réalités que celles des femmes blanches, de classe moyenne et hétérosexuelles, entre autres catégories — ce qu'on lui a historiquement reproché de ne pas faire suffisamment (Flores Espínola, 2012; Ollivier et Tremblay, 2000). Une telle reconnaissance, au-delà d'être plus juste pour les femmes moins privilégiées, est en outre une manière d'observer davantage d'expériences de femmes — qui se recoupent ou qui divergent — et de les observer avec plus de précision et de nuances (Ollivier et Tremblay, 2000). C'est une idée qui a été largement portée par le féminisme noir, duquel est né le féminisme intersectionnel (Hill Collins, 2016).

C'est dans le mouvement pour les droits civiques en Amérique du Nord que prend racine le féminisme noir, dans lequel les personnes-militantes commencent à remettre en question le « Nous, les femmes » voulant que toutes les femmes soient pareillement opprimées. Le féminisme noir montre en effet que l'oppression ne se manifeste pas de la même manière suivant la position sociale des personnes (Hill Collins, 2016), bien qu'il y ait certes des points communs entre leurs expériences (Biana, 2020). Par exemple, les femmes racisées, pauvres et en situation de handicap ont historiquement eu un accès facilité, voire imposé, à la stérilisation médicale (Berlivet, 2018; Piorkowski Bocquillon, 2018; Rowlands et Wale, 2019).

Figure phare du féminisme noir en Amérique du Nord, bell¹⁰ hooks a publié en 1984 un livre qu'elle a intitulé *Feminist Theory: From Margin to Center*. L'explication de ce titre s'avère fort pratique pour introduire le féminisme intersectionnel. Le raisonnement qui le sous-tend va comme suit :

¹⁰ Née Gloria Jean Watkins, elle adopte bell hooks (sans lettres majuscules) comme nom de plume.

1. Les positions sociales marginalisées ne sont pas mutuellement exclusives. En ce sens, les personnes peuvent se situer au croisement de plus d'une position socialement désavantagée. Une femme pauvre, par exemple, se trouve ainsi désavantagée du fait d'être une femme, en raison du sexisme, et du fait d'être pauvre, en raison du classisme.
2. Les personnes concernées par ce cas de figure sont toujours dans toutes leurs positions désavantagées simultanément, jamais en silo.
3. Plus une personne cumule de positions sociales désavantagées, plus son expérience du monde est susceptible de représenter l'étendue des oppressions¹¹ à l'œuvre derrière un phénomène.
4. Une démarche qui va du centre vers la marge poserait par exemple que le sexisme est le plus grand dénominateur commun entre toutes femmes qui vivent un phénomène donné — que ce qui est dit du sexisme, donc, s'applique autant aux femmes blanches bourgeoises qu'aux femmes noires pauvres — et que l'idéal est donc de commencer par étudier cette oppression. À l'inverse, une démarche qui procède de la marge vers le centre (*From Margin to Center*) poserait que l'idéal est de s'intéresser d'abord aux expériences les plus marginalisées, permettant ainsi de travailler à libérer l'ensemble des oppressions interdépendantes plutôt qu'une seule à la fois — ce qui serait de toute façon aporétique si la marginalisation n'agit pas en silo. C'est cette deuxième démarche que bell hooks privilégie.

Même si elle n'utilise pas le concept d'intersectionnalité, la perspective de hooks en suit néanmoins la logique. C'est Kimberlé Williams Crenshaw qui est connue pour avoir popularisé le concept d'intersectionnalité autour des années 1990 (Crenshaw, 1989, 1991; Harper et Kurtzman, 2014), bien que les liens entre le genre, la race et la classe sociale aient déjà été soulignés précédemment, notamment par Angela Davis (1981), Darlene Clark Hine (1989) et bell hooks (1984).

En substance, le féminisme intersectionnel conçoit les inégalités sociales comme le résultat d'interactions simultanées entre les différents axes d'oppression et de privilège qui forment la position sociale d'une personne (Gkiouleka *et al.*, 2018; Hill Collins, 2015). Pour chacun de ces axes, une personne fait partie des groupes désavantagés¹² ou du groupe avantagé (ou privilégié) socialement (Hill Collins, 2015). Par exemple,

¹¹ Pour hooks, l'oppression est l'idée d'agir de manière à ce qu'une personne devienne incapable de faire des choix pour elle-même (Biana, 2020; hooks, 1984).

¹² L'on dit parfois aussi « marginalisés », « opprimés », ou encore « minorisés ».

l'hétérosexisme fait en sorte qu'en société, les personnes hétérosexuelles sont avantagées par rapport à celles homosexuelles (Chamberland et Thérroux-Séguin, 2014).

À l'origine, les trois axes d'oppression mis en avant étaient le racisme, le sexisme et le classisme. C'est ce qu'Alexandre Baril (2015, p. 122) appelle le « trio intersectionnel canonisé », et Nira Yuval-Davis (2006, p. 195), la « triple oppression ». Aujourd'hui, ces axes se sont multipliés et l'on reconnaît plusieurs positions socialement privilégiées, notamment le fait d'être une personne blanche, dans un contexte de racisme (Gkiouleka *et al.*, 2018; Hill Collins, 2015), riche et éduquée, dans un contexte de classisme (Cho *et al.*, 2013), adulte et jeune, dans un contexte d'âgisme (Gueta, 2020), cisgenre, dans un contexte de cissexisme (Baril, 2015; Matsuzaka et Koch, 2019), mince, dans une culture grossophobe (Prohaska et Gailey, 2019), homme, dans une culture sexiste (Flynn *et al.*, 2014; Harper et Kurtzman, 2014), monogame, dans une culture mononormative (Kean, 2019), sans handicap, dans un contexte capacitiste (Baril, 2015; Bilge, 2009; Chbat *et al.*, 2014), allochtone¹³, en raison du colonialisme (Kean, 2019), citoyenne, considérant la xénophobie et le nationalisme (Gkiouleka *et al.*, 2018), etc. Dans une perspective intersectionnelle, aucun de ces axes n'a plus d'importance que les autres puisqu'ils sont interreliés et indissociables, se nourrissant les uns des autres (Biana, 2020).

Ces systèmes d'oppression et de privilège peuvent moduler l'expérience des personnes dans le système de santé et, de ce fait, dans leurs expériences des services gynécologiques (Chbat *et al.*, 2014; Quéré, 2019). Les VG sont donc comprises ici comme des violences qui découlent de rapports de pouvoir produisant et maintenant les inégalités entre les personnes les plus privilégiées et celles les plus opprimées socialement.

Les violences issues de l'oppression sont à la fois interpersonnelles et systémiques (Bilge, 2009). Elles sont dites systémiques (Bilge, 2009) parce que les groupes opprimés sont désavantagés au-delà de leurs relations interpersonnelles, par exemple à travers des barrières d'accès aux services médicaux ou aux couvertures d'assurance maladie (Gkiouleka *et al.*, 2018; Matsuzaka et Koch, 2019), et parce que la structure de pouvoir en place permet que des violences aient lieu au sein de l'institution médicale (Clarke, A. Y. et McCall, 2013; Flynn *et al.*, 2014; Gkiouleka *et al.*, 2018; Quéré, 2019; Warner *et al.*, 2020). Ces violences sont également interpersonnelles (Bilge, 2009; Flynn *et al.*, 2014) parce qu'elles sont vécues dans

¹³ Ici, « allochtone » est utilisé pour désigner les personnes dont les ancêtres (en majorité d'Europe) ont colonisé le continent américain, en opposition aux personnes qui proviennent des peuples colonisés, à savoir les Premières Nations, Inuits et Métis (au Canada).

les relations entre les personnes-patientes et le personnel médical, relations qui sont caractérisées par des dynamiques de pouvoir inégalement réparti — les personnes-patientes étant en position subordonnée par rapport au personnel médical (Siwe *et al.*, 2013). Enfin, l'intersectionnalité considère l'agentivité des personnes opprimées en reconnaissant que celles-ci « ne subissent pas passivement les systèmes de domination et peuvent refuser les catégorisations sociales » (Flynn *et al.*, 2014, p. 38). Par conséquent, seule la subjectivité d'une personne peut nous renseigner sur la manière dont elle fait l'expérience des VG et des liens qu'elle établit entre cette expérience et sa position intersectionnelle.

Dans le contexte spécifique de ce mémoire, le féminisme intersectionnel est pertinent pour répondre aux objectifs de recherche car il permet une analyse approfondie et nuancée des VG, ceci en considérant les interactions complexes entre les divers axes d'oppression et de privilège qui influencent les expériences des personnes-patientes. Le choix de cette approche se justifie également à la lumière de la problématique soulignée. Les mouvements dénonçant les VG ont mis en évidence les discriminations systémiques et interpersonnelles persistantes vécues par les personnes issues de groupes socialement minorisés. L'intersectionnalité permet de comprendre ces violences dans leur contexte, tenant compte des multiples axes d'oppression qui peuvent moduler l'expérience des personnes. Il encourage aussi la représentation de la diversité des expériences et l'inclusion des voix trop souvent tues. Il permet une approche de recherche plus sensible aux réalités, besoins et luttes des groupes les moins privilégiés, favorisant ainsi la rupture avec les schémas d'ignorance épistémique en recherche. Ces avantages paraissent spécialement pertinents dans le cadre d'un projet sur les VG lorsque l'on se rappelle le contexte sexiste, raciste, classiste et violent derrière la naissance de la gynécologie nord-américaine, décrite au chapitre précédent.

3.4 Théorie queer

S'il y a une chose qui ressort des différentes manières qu'a la gynécologie de se définir, c'est sans doute l'emploi systématique de la catégorie « femme » (ou « féminin ») pour désigner ce qui est censé être le sujet de son expertise médicale. Un tel choix lexical apparaît néanmoins fort imprécis et large — trop large peut-être pour représenter le cœur réellement envisageable de ce qui, en définitive, doit être une spécialité, soit une branche limitée de connaissances approfondies et d'habiletés perfectionnées.

Qu'est-ce que « la femme », « féminin » et « les femmes » désignent, exactement ? Selon qui ? Sur la base de quoi ? Qu'est-ce que ça *ne* désigne *pas* ? Qui est-ce que (et qu'est-ce que) ces choix sémantiques excluent ? Comment les réponses à ces questions rejaillissent-elles sur les personnes et leur santé

gynécologique ? Dans son ouvrage *Épistémologies féministes*, Elsa Dorlin (2008) s'appuie sur les travaux du philosophe Michel Foucault pour promouvoir l'importance de s'intéresser à ce que les sujets censément savants et scientifiques — ici, porteurs des discours dominants sur la gynécologie — excluent de la représentation de leur science. Celui-ci écrit :

Quels types de savoir voulez-vous disqualifier du moment que vous vous dites être une science ? Quel sujet parlant, quel sujet discourant, quel sujet d'expérience et de savoir, voulez-vous minoriser du moment que vous vous dites : moi qui tiens ce discours, je tiens un discours scientifique et je suis un savant ? (Foucault, 1997, p. 10)

Fort à propos, le discours de Foucault s'applique certainement à ce qui est dit de la gynécologie. Si le champ de pratique gynécologique s'intéresse aux sujets femmes, alors, qui est inclus et qui est exclu de cette catégorie ?

Dans son ouvrage phare, *Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity*, Judith Butler (1990) explique que faire reposer le féminisme sur la catégorie identitaire « femme » est non seulement une pratique d'exclusion — elle exclut les personnes qui ne s'identifient pas comme des femmes et qui subissent quand même l'oppression sexiste —, mais aussi une pratique contre-productive, en ce sens qu'elle contribue à réifier les rapports de genre. La théorie queer avance que le genre est un lieu de circulation du pouvoir (Butler, 1990; Duarte, 2021). Pour Butler (1995), les catégories identitaires ne sont jamais que descriptives; elles sont toujours normatives : elles entraînent inévitablement l'exclusion de ce qui ne cadre pas dans les normes.

Si l'on reproche souvent à Butler et au féminisme queer de représenter une menace pour les luttes politiques de par leur remise en question des catégories identitaires, notamment le sexe et le genre — si la catégorie « femme » est remise en question, comment alors justifier le féminisme? —, ce n'est, d'après Baril (2009), qu'en raison de l'omission d'un détail important dans les travaux de Butler. Iel¹⁴ a en effet écrit : « *This is not to say that the term "women" ought not to be used, or that we ought to announce the death of the category.* » (Butler, 1995, p. 50) En supposant que le terme « femmes » désigne quelque chose d'indéfinissable en raison du champ de différences qui compose cette catégorie identitaire, et en supposant que ces différences ne peuvent pas être regroupées pour former une description unique, alors

¹⁴ Judith Butler a déclaré, lors d'un discours à la Technische Universität Berlin en 2020, qu'il utilisait le pronom « they », un pronom anglais non genré qui pourrait être traduit par « iel » (Von Fischer, 2020b).

ce terme ne peut exister que de manière ouverte et sujette à réinterprétation. C'est, dans ce cas, une catégorie subversive que l'on peut politiser (Butler, 1995).

Quand il est question de santé gynécologique, existe-t-il seulement quelque chose qui puisse se ranger sous la catégorie « corps de femme » ? Oudshoorn (2000, p. 34) fournit une réponse à cette question : « [...] il n'existe pas de vérité naturelle sur le corps qui soit donnée directement et sans intermédiaire. Le corps est toujours un corps signifié. » Elle ajoute et précise que les sciences biomédicales sont à la fois dépendantes du langage et activement impliquées dans la production des réalités qu'il désigne. Oudshoorn (2000) retient du raisonnement que les scientifiques ne sont pas « des fournisseurs de connaissances objectives sur la "vraie nature" du corps » (p. 34) et que les « faits » scientifiques qu'ils véhiculent à son sujet sont plutôt créés activement et collectivement. Ollivier et Tremblay (2000) recommandent d'ailleurs que, dans le cadre de la recherche féministe, une sensibilité particulière soit accordée à la diversité des expériences pour montrer plus d'inclusivité.

Dans le cadre de la présente recherche, cette sensibilité se dirige donc naturellement vers le groupe de personnes touchées par les services en santé gynécologique. C'est ce qui permet de rejoindre plus de personnes dont les corps sont concernés par la santé gynécologique. C'est aussi ce qui, dans une visée de justice sociale, s'avère plus utile quand il faut émettre des recommandations politiques et formuler des directives cliniques pour améliorer la pratique médicale ou défendre les droits des personnes-patientes. Au regard de ces critiques émises envers les approches structuralistes de l'intersectionnalité et de la recherche féministe non queer, cette étude-ci tient donc pour acquis, en dépit des définitions féminisantes du sujet d'expertise gynécologique, que les personnes dont les corps sont concernés par les services en santé gynécologique ne sont pas forcément des personnes qui s'identifient à la catégorie « femme ». De la même manière, elle tient pour acquis que les femmes n'ont pas toutes des corps concernés par les services en santé gynécologique.

3.5 Utilisation et pertinence du cadre théorique dans le mémoire

Le processus de conception du projet a été influencé par le cadre théorique de plusieurs façons. Guidés par ce dernier, le choix du sujet et le dévoilement de mon propre positionnement intersectionnel dès l'avant-propos ont posé les bases d'une démarche d'humilité et d'auto-réflexivité. Ces étapes sont essentielles pour reconnaître l'influence du contexte social et personnel dans la construction du savoir, ce que promeut particulièrement la pensée critique.

En introduction, la désignation du mémoire comme un « exercice scientifique et politique » s’aligne sur le cadre théorique en révélant une approche critique qui va au-delà des analyses scientifiques traditionnelles se présentant comme neutres. Cette affirmation témoigne de la volonté non seulement de comprendre les VG, mais aussi de les situer dans un contexte plus large, impliquant une responsabilité sociale et politique. Cette perspective a permis de situer les VG dans un cadre social et politique étendu en mettant en évidence leur origine dans les mouvements féministes et la critique des pratiques dans les services de santé gynécologique. Ceci illustre comment le cadre théorique enrichit la compréhension du sujet, non seulement en tant que problème de santé, mais aussi comme un phénomène enraciné dans les structures sociales, culturelles et politiques.

Dans la problématique, l’approche intersectionnelle se remarque par les références aux violences vécues par les personnes issues de groupes marginalisés. Ces références illustrent comment leur réalité, à l’intersection de multiples axes d’oppression sociale, a été intégrée dans la représentation globale du problème étudié. L’approche queer a également imprégné cette section de la remise en question des catégories traditionnelles de sexe et de genre, permettant une compréhension plus nuancée et inclusive des VG en dépassant la binarité de genre dans les services de santé gynécologique.

La formulation des objectifs observe aussi l’inclusivité requise par une perspective queer. Utiliser le terme « personnes » plutôt que « femmes » ou « patientes » est un choix réfléchi. Cette approche assure que les objectifs de recherche ne perpétuent pas les normes de genre hégémoniques. La pensée critique et le féminisme intersectionnel ont également teinté le choix des objectifs pour qu’ils impliquent une remise en question des structures de pouvoir et une amélioration des conditions sociales. Par exemple, se pencher sur les répercussions et besoins permet de repérer les failles dans les systèmes de soutien existants et de proposer des changements capables d’entraver les conditions favorables à l’existence des VG.

En ce qui concerne l’état des connaissances, le cadre théorique a joué un rôle dans la mise en lumière des origines problématiques de la gynécologie et la critique de ses pratiques sexistes, racistes et classistes. La pensée critique et le féminisme intersectionnel ont quant à eux permis de critiquer les représentations existantes des VG et de souligner l’importance de reconnaître la subjectivité des personnes affectées.

Dans les chapitres à venir, le cadre théorique continuera d’être un outil fondamental pour approcher le problème étudié et les choix méthodologiques. L’approche intersectionnelle, la pensée critique et la

théorie queer offriront des perspectives variées pour comprendre les VG dans toute leur complexité. Elles aideront à déconstruire les normes de genre, à reconnaître les inégalités de pouvoir et à émettre des recommandations inclusives et équitables pour répondre aux réalités qui émergeront.

3.6 Orientation conceptuelle : les VG, d'abord de la violence

Quand il est question de violences gynécologiques, il est d'abord question de violence. Dans leur travail de conceptualisation des violences obstétricales, Lévesque et ses collègues (2018) citent une définition de la violence proposée par le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF). D'après cette définition, la violence est :

[un] exercice abusif de pouvoir par lequel un individu en position de force cherche à contrôler une autre personne en utilisant des moyens de différents ordres afin de la maintenir dans un état d'infériorité ou de l'obliger à adopter des comportements conformes à ses propres désirs. Cette définition ne se limite pas aux conduites individuelles puisque la violence peut s'exercer par des systèmes plus larges (CRI-VIFF, 2015 dans Lévesque *et al.*, 2018, p. 222).

Cette définition lie la violence à l'abus de pouvoir, comme le propose aussi Quéré (2019), et à l'absence de consentement, comme le proposent Friesen (2018), Quéré (2019) et Vuille (2016). En effet, les rapports de pouvoir qui existent entre les personnes-patientes et les personnes-soignantes ont été considérés dans une analyse que Quéré (2019) a réalisée sur la manière dont les premières conçoivent leur droit de consentir lors des consultations gynécologiques. D'après elle, leur relation au consentement et à leurs droits en la matière influence la façon dont elles interprètent les échanges de pouvoir entre elles et les personnes-soignantes. Quéré (2019) explique que percevoir un abus de pouvoir est associé à la perception de pratiques violentes. L'idée d'abuser de sa position avantagée et outrepasser le droit au consentement des personnes-patientes ferait donc partie intégrante de la manière dont la violence se déploierait.

Friesen (2018) s'est elle aussi attardée à la notion de consentement dans les services en santé gynécologique. Elle a posé la thèse selon laquelle les examens vaginaux pratiqués par des personnes-étudiantes en médecine sur des personnes-patientes anesthésiées, inconscientes et qui n'ont pas consenti, sont indéfendables. Elle a construit un argument basé sur l'éthique qui présente le consentement éclairé, libre, continu et explicite des personnes-patientes comme un droit fondamental nécessaire à leur autonomie, mais aussi à leur confiance envers les services en santé gynécologique, confiance sans laquelle elles chercheraient des solutions à leurs problèmes ailleurs que dans les institutions de santé; confiance qui, donc, est essentielle à la possibilité même de pratiquer la médecine gynécologique. Au regard de la

définition de la violence proposée par le CRI-VIFF, la pratique que dénonce Friesen est violente en raison de l'absence de consentement.

Comme Quéré (2019) et Friesen (2018), Vuille (2016) abonde dans le sens de cette idée que l'autonomie des personnes-patientes dans les services en santé gynécologique constitue un droit fondamental et qu'en l'absence de consentement libre et éclairé de leur part, il y a perte d'autonomie, appropriation du contrôle sur le corps et la vie de ces personnes, abus de pouvoir et, donc, violence. Comme Friesen (2018), Vuille (2016) établit un lien entre le déni d'autonomie imposé par les personnes-soignantes et la perte de confiance des personnes-patientes dans les services de santé gynécologique. Elle montre qu'en réponse aux violences — qu'elle nomme « maltraitances » —, de nombreuses initiatives féministes d'autogynécologie se développent et gagnent en popularité, au détriment du recours aux services institutionnels en santé gynécologique. Elle donne l'exemple des ateliers d'autoexamen du col de l'utérus; de l'ouvrage *Our Bodies, Ourselves*, publié pour la première fois en 1970 et réédité neuf fois depuis, vendu à plus de quatre millions d'exemplaires, et traduit et adapté dans 34 langues (Boston Women's Health Collective, 2022); du site Web militant féministe Gyn&Co (2019), qui dresse une liste de personnes-soignantes en santé gynécologique dont la pratique est féministe, liste qui est présentée comme un projet collaboratif et évolutif, par et pour les personnes-patientes; du guide *S'armer jusqu'aux lèvres!*, rédigé par le collectif Auto-défense gynéco (2016), qui vise à redonner du pouvoir aux personnes-patientes dans les services en santé gynécologique; etc. Ainsi, d'après cette perspective, la violence, caractérisée par l'impossibilité de consentir, dépouille de fait les personnes de leur autonomie et de leur confiance envers les services en santé gynécologique.

En outre, s'appuyant sur les travaux disponibles autour des expériences désagréables ou jugées inacceptables dans les services en santé gynécologique, à la définition du CRI-VIFF s'ajoutent (1) l'idée d'une négation des droits fondamentaux de la personne (Friesen, 2018; Vuille, 2016), (2) les pratiques non éthiques (Friesen, 2018) et (3) les actes discriminatoires (CEND, 2019).

CHAPITRE 4

MÉTHODE DE RECHERCHE

Ce chapitre présente les choix et procédures méthodologiques du projet de recherche. Il s’amorce avec une introduction explicative des choix généraux qui guident la démarche (qualitative, exploratoire, descriptive, inductive, phénoménologique, analyse thématique réflexive). Il se poursuit avec une exposition des détails des approches d’échantillonnage et de recrutement, puis avec ceux de la collecte des données. Il se conclut avec l’explication des stratégies analytiques et une discussion au sujet des considérations éthiques autour du projet.

4.1 Introduction générale aux choix méthodologiques

Pour répondre à l’objectif général, soit « explorer le phénomène des VG à partir des perspectives de personnes qui rapportent en avoir fait l’expérience », le présent projet de recherche s’appuie sur une méthode qualitative de type exploratoire et descriptif et d’approche inductive. Ces trois éléments caractérisants sont détaillés dans la section qui suit. Les trois objectifs spécifiques sont quant à eux associés à des méthodes différentes en raison de leurs natures différentes. L’objectif 1 est associé à une méthode phénoménologique. Les objectifs 2 et 3 sont associés à l’analyse thématique réflexive. Les raisons justifiant ces choix sont détaillées dans ce chapitre.

La méthode qualitative a été choisie parce qu’elle permet de plonger en profondeur dans un objet d’étude complexe pour obtenir des informations riches et nuancées à son sujet, notamment les perceptions, interprétations et significations accordées aux événements, circonstances et actions humaines (Liamputtong, 2019). La qualité exploratoire de l’étude appelle par ailleurs une intention de transférabilité des résultats, ce que les études qualitatives rendent possible (Tracy, 2010), et non de généralisabilité statistique, propre aux études quantitatives (Gill, 2020). C’est aussi une méthode qui permet de créer des liens de proximité et de confiance avec les personnes-participantes, encourageant ainsi un niveau appréciable de dévoilements et de partages (Tracy, 2013). C’est enfin une manière efficace, même avec un petit échantillon, de recueillir d’abondants détails sur un sujet (Neuman, 2021; Patton, 2014), s’accordant ainsi parfaitement avec la visée descriptive de l’étude (Neuman, 2021).

Le caractère exploratoire a été choisi parce que le problème (les VG) est encore peu défini. Il a besoin d’être clarifié par des questions comme « Comment le circonscrire? » ou encore « De quoi parle-t-on

précisément? » avant que des études de plus grande envergure puissent être menées. C'est ce qu'une recherche exploratoire permet (Trudel *et al.*, 2007). Il vient de plus tempérer l'ambition descriptive de l'étude pour que celle-ci demeure réaliste et atteignable en tenant compte de la qualité encore émergente du concept étudié. Le caractère descriptif a quant à lui été choisi parce que l'un des objectifs de l'étude est précisément de décrire un phénomène (Trudel *et al.*, 2007).

La démarche inductive a été choisie parce qu'elle enjoint à limiter les préconçus pour faciliter l'exploration des expériences et perceptions (Sibeoni *et al.*, 2020). Par rapport à la déduction, l'induction permet la découverte et l'accueil de perspectives et idées nouvelles ou inattendues concernant un phénomène étudié, tout en n'empêchant pas de s'appuyer sur des connaissances théoriques dans l'élaboration des questions et objectifs de recherche (Liamputtong, 2019; Sibeoni *et al.*, 2020).

4.2 Échantillonnage

Il a été choisi de procéder virtuellement pour cette phase de la recherche, et ce, pour cinq raisons. La première est qu'elle s'est déroulée en 2021, soit pendant la pandémie de COVID-19 qui a exigé un confinement obligatoire ou fortement recommandé, selon la période de l'année (Institut national de santé publique du Québec, 2022). La deuxième est que le coût d'un recrutement en ligne est généralement plus bas qu'avec l'utilisation de méthodes hors ligne (Arigo *et al.*, 2018; Christensen *et al.*, 2017; Whitaker *et al.*, 2017). La troisième est que les VG sont des expériences à potentiel traumatogène qui touchent l'intime (CEND, 2019; HCE, 2018) et que rechercher des expériences sensibles a tendance à rendre le recrutement compliqué, la population touchée étant souvent plus cachée et difficile d'accès (Etikan *et al.*, 2015). Les réseaux sociaux comme Facebook ont une portée populationnelle considérable (Greenwood *et al.*, 2016) et accueillent des sous-populations concernées par des problèmes très spécifiques et parfois stigmatisants (Bender *et al.*, 2017), ce qui les rend utiles pour le recrutement (Arigo *et al.*, 2018; Whitaker *et al.*, 2017). La quatrième est que cette façon de procéder permet de réduire l'urbano-centrisme et de rejoindre des personnes géographiquement éloignées les unes des autres, favorisant ainsi de meilleures chances de représenter des réalités multiples (Greenwood *et al.*, 2016). La cinquième est que le concept de VG a surtout circulé sur les réseaux sociaux via les mouvements militants et les mots-dièse (CEND, 2019; HCE, 2018). Un recrutement reprenant les mêmes procédés semblait à propos. Outre son aspect virtuel, le choix d'approche échantillonnale de cette étude se porte sur une combinaison de recrutement intentionnel et de recrutement par effet boule de neige.

4.2.1 Recrutement intentionnel et critères de sélection

Le recrutement intentionnel (Gill, 2020) signifie ici que des sous-populations aux caractéristiques spécifiques et préalablement déterminées ont été ciblées pour représenter leurs expériences dans l'étude. Dans le cas présent, les critères d'inclusion étaient les suivants : (1) avoir 18 ans et plus au moment de l'entretien; (2) parler français; (3) avoir eu recours à des services en santé gynécologique et rapporter y avoir vécu de la violence (abus de pouvoir, absence de consentement, négation des droits, actes discriminatoires, mauvais traitements ou irrespect, etc.). Le seul critère d'exclusion était de n'avoir vécu que des violences obstétricales.

Le recrutement intentionnel est souvent utilisé pour améliorer le potentiel de transférabilité des résultats d'une étude qualitative (Ntinga et Maree, 2015). Le choix de cette méthode s'aligne aussi avec le féminisme intersectionnel, sur lequel l'étude s'appuie, et l'inspiration fournie par bell hooks et son *From Margin to Center* (hooks, 1984). La démarche privilégiée met ainsi l'accent sur la sélection de personnes représentant des positions sociales marginalisées. Pour cette raison, des organismes œuvrant auprès de groupes minorisés ont été sélectionnés pour contribuer au recrutement. Collaborer avec des organismes est une stratégie qui a déjà été utilisée pour favoriser la création d'un échantillon qui inclut des groupes socialement désavantagés (Bonevski *et al.*, 2014). L'objectif n'étant toutefois pas de représenter des positions intersectionnelles déterminées ou de les représenter de manière exhaustive (tant d'axes d'oppression existent!), aucun quota n'a été envisagé à ce stade-ci d'une recherche exploratoire.

Au total, 21 organismes ont été sollicités. Parmi eux, 12 sont les membres de La collective du 28 mai (2019), une initiative communautaire se positionnant contre les VOG. Les neuf autres ont été ciblés parce qu'ils desservent des populations marginalisées dont l'expérience des services en santé gynécologique peut refléter des enjeux intersectionnels (p. ex. des personnes trans et en situation de handicap). L'Annexe A contient le message générique de sollicitation, et la B, le document d'entente de collaboration, tous les deux envoyés aux organismes par courrier électronique. L'Annexe C présente les annonces qu'il leur était demandé de partager.

Six de ces organismes ont accepté de collaborer au recrutement – un a partagé l'appel à participation sur sa page Facebook seulement, un sur sa page Facebook et son site Web, deux sur leur page Facebook et dans leur infolettre, et deux sur ces trois plateformes. Deux organismes ont répondu en refusant de collaborer. Les autres n'ont pas répondu. À noter que le choix de se tourner vers Facebook s'appuie sur le

fait qu'il s'agit de la plateforme la plus utilisée et la plus souvent consultée parmi les médias sociaux (Arigo *et al.*, 2018; Greenwood *et al.*, 2016; Kamp *et al.*, 2019).

4.2.2 Recrutement par effet boule de neige

Outre la diffusion des annonces par les organismes ciblés, il était anticipé que le recrutement passe par un effet boule de neige, les publications sur les réseaux sociaux pouvant être partagées et repartagées par les personnes-utilisatrices – ceci sans compter que les personnes pouvaient parler de leur participation à l'étude autour d'elles et suggérer à d'autres d'en faire autant. Le choix d'accepter cette possibilité se justifie par l'accès difficile à la population concernée. En effet, ce type de recrutement permet de rejoindre des populations dans un contexte de sujet sensible en facilitant un lien de confiance entre celles-ci et l'équipe de recherche grâce au rôle d'intermédiaire familial joué par les personnes qui en introduisent d'autres dans l'étude (Naderifar *et al.*, 2017). Ce type de recrutement prend toutefois un rôle secondaire par rapport à celui intentionnel en ce qu'il n'était pas certain que les publications seraient en effet repartagées. Il est impossible de dire dans quelle mesure ce fut le cas, car les appels à participations peuvent avoir été repartagés en privé. Tel que recommandé par Kamp *et al.* (2019), il était prohibé de mentionner (« *tag* ») quelqu'un en commentaire sous un appel à participation partagé sur Facebook, ceci afin de prévenir que des personnes soient involontairement associées publiquement au sujet de la recherche.

4.3 Taille d'échantillon

Il n'existe pas de règle consensuelle précise sur la manière de déterminer la taille d'un échantillon qualitatif (Gill, 2020). Bien qu'en faire l'exercice soit incohérent avec l'approche inductive et flexible (Malterud, 2012; Sim *et al.*, 2018) poursuivie dans le cadre de la recherche qualitative (voir Braun et Clarke (2016), Byrne (2015), Emmel (2015) et Hammersley (2015) en réponse à Fugard et Potts (2015)), il a néanmoins été nécessaire de s'y soumettre pour les besoins des comités réviseurs aux plans de l'éthique et des bourses (Hammersley, 2015; Sim *et al.*, 2018; Young et Casey, 2019).

La qualité de la taille d'échantillon a été appréhendée à partir du principe d'*information power* de Malterud *et al.* (2016, p. 1754) : « *Information power indicates that the more information the sample holds, relevant for the actual study, the lower amount of participants is needed.* » Selon le principe d'*information power*, cette recherche-ci n'a pas besoin de beaucoup d'entretiens étant donné sa visée (décrire les *manifestations, répercussions* et *besoins* liés aux VG) plus étroite que large. Le principe d'*information*

power suggère aussi qu'un échantillon peut être petit si la population d'intérêt a des caractéristiques précises, ce qui est le cas ici : les personnes ciblées devaient répondre à des critères de sélection déterminés. Cependant, bien que le cadre théorique sur lequel s'appuie l'étude soit clair, les perspectives théoriques susceptibles de guider la compréhension du phénomène lui-même sont limitées puisqu'il s'agit d'un concept encore émergent. En conséquence, pour obtenir un *information power* adéquat, la taille de l'échantillon devait être ajustée à la hausse. Enfin, en ce qui concerne la qualité du dialogue, celle-ci était appelée à être élevée, car les personnes sollicitées devaient rapporter avoir vécu des VG, ce qui impliquait qu'elles aient déjà réfléchi et établi des liens clairs entre leurs expériences et le phénomène. Un plus petit échantillon était en ce cas suffisant au regard de l'*information power*.

Ce guide fourni par Malterud *et al.* (2016) a conseillé la qualité de la taille d'échantillon dans cette étude (plus petit que grand), mais il ne fournit pas de quantités sur lesquelles se baser. Une revue systématique de Bartholomew *et al.* (2021) dans laquelle 200 études phénoménologiques – dont les *N* varient de 1 à 308 – ont été analysées indique qu'il n'y a pas de corrélation entre la taille d'échantillon et la qualité de ces études. Leur conclusion est qu'il convient de choisir un échantillon dont la taille est inférieure ou égale à celle des standards de l'approche choisie (descriptive, interprétative, herméneutique). Procédant d'après cette recommandation, des études qualitatives récentes à visée exploratoire ou descriptive et à méthodologie semblable à la présente étude ont été utilisées pour estimer la quantité souhaitable d'entretiens à mener. Les tailles recensées sont les suivantes : 11 pour l'étude descriptive exploratoire de Steyn *et al.* (2022); 14 pour l'étude descriptive de Chua *et al.* (2023); 3 et 14 pour pour les études phénoménologiques descriptives de Hall, T. M. *et al.* (2020) et de Li *et al.* (2020) ; 9 pour l'étude exploratoire phénoménologique descriptive de Gumarang Jr. (2022); 10 pour l'étude exploratoire phénoménologique de Gebremichael *et al.* (2023); 22, 8 et 15 pour les études phénoménologiques interprétatives de Vivier *et al.* (2023), Hearn *et al.* (2022) et Arpanantikul (2018). Un calcul de moyenne suggère donc un échantillon d'une douzaine de personnes. Plutôt qu'un objectif fixe, il devait toutefois s'agir là d'une quantité adaptable (Gill, 2020) à la nature itérative de l'analyse des entretiens.

Le concept de saturation est souvent utilisé pour déterminer à quel moment suffisamment de données sont recueillies pour répondre aux objectifs d'une recherche qualitative (Braun et Clarke, 2019b). Celui-ci a toutefois été créé pour la théorisation ancrée et s'applique plus ou moins bien à l'analyse phénoménologique ainsi qu'à l'analyse thématique réflexive qui sont utilisées ici (Braun et Clarke, 2019b; Guest *et al.*, 2020). Malgré cela, il a semblé préférable de procéder d'après une méthode reproductible

afin de promouvoir plus de transparence, de rigueur et de précision que la seule affirmation d'une complétude subjective ou d'une atteinte invérifiable de la saturation. La procédure concrète proposée par Guest *et al.* (2020) permet justement une telle vérification et a donc été suivie :

1. Prédétermination d'un effectif initial (dénominateur) : Avant de commencer la collecte des données, un nombre arbitraire d'entretiens a été déterminé pour marquer le point de départ de l'évaluation de la saturation. L'effectif initial se compose du nombre de thèmes générés dans cette quantité d'entretiens. Puisque la plupart des informations émergent souvent dès le début de la collecte des données et que la saturation peut être atteinte rapidement, il est suggéré de se limiter à un petit effectif (Guest *et al.*, 2020). J'ai choisi d'établir le point de départ à trois entretiens, soit la taille du plus petit des échantillons recensés dans la liste d'études présentée quelques paragraphes plus haut. L'effectif initial se compose donc du nombre de thèmes générés dans les trois premiers entretiens. Par exemple, si les trois premiers entretiens font émerger quatre thèmes, l'effectif initial est alors de quatre.
2. Prédétermination d'une séquence consécutive (numérateur) : La séquence consécutive est un nombre d'entretiens subséquents à l'effectif initial à partir duquel un ratio de nouveauté est calculé. Ce ratio est le quotient du nombre de nouveaux thèmes générés dans une séquence consécutive par celui de l'effectif initial. Ici, la séquence est de deux entretiens, soit la plus petite taille de séquence proposée par Guest, Namey et Chen (2020). Pour reprendre l'exemple précédent, si les quatrième et cinquième entretiens (la séquence consécutive) font émerger deux nouveaux thèmes au total, le numérateur est de deux. Le ratio de nouveauté serait donc de deux sur quatre, soit 50 %. Ce calcul est effectué à nouveau à partir du nombre total de nouveaux thèmes générés par les cinquième et sixième entretiens (toujours à partir du dénominateur initial, soit quatre), puis par les sixième et septième entretiens, etc.
3. Prédétermination d'un seuil pour le ratio de nouveauté : Le seuil du ratio de nouveauté est la valeur en deçà de laquelle il est jugé que suffisamment d'informations ont été amassées pour déclarer que la collecte de données a atteint un niveau satisfaisant de compréhension et de profondeur par rapport aux questions de recherche. Guest *et al.* (2020) suggèrent d'opter pour 0 % ou 5 %. Étant donné qu'il semble peu probable qu'aucune nouvelle information ne ressorte d'une analyse, j'ai choisi 5 %.

Bien que cette méthode soit imparfaite et repose sur des critères quantitatifs plutôt que qualitatifs, elle a permis de déterminer clairement que le seuil de nouveauté a été atteint au bout de neuf entretiens. Il est par ailleurs rassurant que cette taille soit près de celle qui avait été anticipée (12).

4.4 Collecte de données

Un entretien individuel de type semi-structuré et d'une durée d'environ 90 minutes a été mené auprès de chaque personne-participante. Kallio *et al.* (2016) préconisent de choisir l'utilisation de l'entretien semi-structuré après qu'un plongeon dans les écrits ait garanti la cohérence avec les connaissances existantes

et les objectifs de recherche. La recension a révélé la complexité du phénomène des VG et la nécessité d'explorer des zones émotionnellement sensibles pour les personnes-participantes, ce que l'entretien semi-dirigé permet bien de faire (Kallio *et al.*, 2016). De surcroît, cette méthode favorise l'expression subjective libre, en cohérence avec la phénoménologie, tout en couvrant les thèmes associés aux objectifs de recherche (Antoine et Smith, 2017).

La progression des questions d'entretien est telle que celles émotionnellement chargées se trouvent à mi-parcours, comme le recommande Baumbusch (2010). Elles ont été formulées pour être le moins orientantes possible, mais le plus possible claires, uniques, ouvertes, et appelant des réponses spontanées et détaillées, de manière à bien refléter les expériences et ressentis (Kallio *et al.*, 2016). Conformément aux recommandations de Kallio *et al.* (2016) et Baumbusch (2010), le canevas d'entretien inclut des questions principales et de relance. La liberté de réponse initiale permet d'observer la direction prise spontanément par la personne-participante (visée exploratoire, approche inductive). Les questions de relance offrent l'occasion de solliciter des précisions pour sonder les zones encore cachées et ainsi mieux décrire le phénomène (visée descriptive).

La première version du canevas a été révisée par la direction de recherche et préalablement testée auprès d'un membre de l'équipe du laboratoire. Cette étape, recommandée par Kallio *et al.* (2016), et la révision qui l'a précédée ont permis d'ajuster la durée et la clarté des questions de même que de limiter les présupposés sous-jacents.

Les entretiens ont été réalisés sur une plateforme de téléconférence pour respecter les recommandations gouvernementales québécoises en vigueur à ce moment en matière d'isolement social lié à la pandémie de COVID-19 (Institut national de santé publique du Québec, 2022). Zoom est la plateforme qui a été choisie pour les raisons suivantes : elle permet l'enregistrement audio et vidéo sous contrôle de l'hôte; les personnes-participantes n'ont pas besoin d'un compte pour l'utiliser; l'option « salle d'attente » permet de contrôler qui entre dans la discussion, favorisant la confidentialité (Lobe *et al.*, 2020); l'UQAM offrait gratuitement la licence permettant des rencontres prolongées. Les thèmes couverts lors de ces entretiens sont l'exploration de l'identité et du positionnement social des personnes-participantes, leurs expériences dans les services de santé gynécologique, les répercussions dans leur vie des VG rapportées, leur vision des services idéaux en santé gynécologique et leurs besoins en lien avec la santé gynécologique. L'Annexe D présente le canevas qui a structuré les entretiens.

4.5 Stratégies analytiques

Deux stratégies principales ont servi les analyses : la phénoménologie, pour le premier objectif (proposer une description des VG qui soit située dans les expériences vécues), et l'analyse thématique réflexive, pour les deuxième et troisième objectifs (documenter les répercussions des VG que les personnes-survivantes perçoivent dans leur vie et explorer leurs besoins en lien avec la santé gynécologique).

4.5.1 Pourquoi utiliser la phénoménologie et l'analyse thématique réflexive?

La phénoménologie et l'analyse thématique réflexive sont toutes deux des méthodes de recherche qualitative utilisées pour analyser les données et mieux comprendre les expériences et perceptions humaines. Ces deux méthodes sont reconnues, chacune avec ses propres avantages. Alors que la phénoménologie s'attache à comprendre l'essence des expériences vécues et des significations que les personnes leur attribuent, l'analyse thématique réflexive consiste à identifier et à analyser des schémas ou des thèmes dans un ensemble de données, offrant ainsi une approche systématique et flexible (Byrne, 2022).

4.5.2 La phénoménologie pour décrire les expériences de VG (objectif 1)

La phénoménologie se focalise sur la compréhension profonde des phénomènes tels qu'ils se manifestent dans la conscience individuelle (Ndame, 2023; van Manen, 2017). Elle vise à saisir l'essence d'un phénomène à travers les expériences subjectives, en s'approchant au plus près de la perspective des individus qui l'ont vécu, permettant ainsi une compréhension presque personnelle du phénomène étudié. En raison de son approche engagée et sensible envers les personnes-survivantes de même que de son aspiration à se solidariser avec leurs luttes et leurs défis, cette recherche privilégie une focalisation sur leurs subjectivités expérientielles, les considérant comme des sources d'information centrales et essentielles à la compréhension des VG. C'est sur des prémisses similaires que s'assoit la phénoménologie, celle-ci admettant que pour comprendre un phénomène, il faut d'abord écouter les personnes qui en ont fait l'expérience (Ndame, 2023). La phénoménologie a donc été choisie ici comme méthode de recherche¹⁵ pour sa capacité unique à explorer et décrire un phénomène (objectif 1) en profondeur et dans sa complexité (van Manen, 2017).

¹⁵ La phénoménologie est aussi une approche théorique, mais nous nous concentrons dans ce chapitre sur son utilisation en tant que méthode de recherche.

L'épochè (ou *bracketing*), terme de la phénoménologie husserlienne qui désigne la suspension du jugement sur ce que l'on croit connaître et comprendre du monde (Ndame, 2023; Sibeoni *et al.*, 2020; van Manen, 2017), est considéré ici comme inspirant une attitude à adopter lors de la collecte de données et des analyses (Tufford et Newman, 2012) plutôt que comme un état que je prétendrai avoir atteint. En effet, affirmer avoir atteint l'épochè, dont la signification est déjà critiquée pour être trop floue et sujette à interprétation, évacuerait les critiques que l'on pourrait adresser aux limites de ma conscience de moi-même et de ma lucidité envers ces limites (Tufford et Newman, 2012).

Plutôt que de m'appuyer sur un épochè absolu et rigide, j'ai fait le choix, par ailleurs cohérent avec la pensée critique qui guide cette recherche (Sensoy et DiAngelo, 2017), de rendre explicites au fur et à mesure les biais m'appartenant qui sont susceptibles d'avoir influencé le processus de cette étude et pourraient devoir affronter la critique (Finlay et Gough, 2003; Moustakas, 1994). C'est notamment ce qui explique que j'aie annoncé en avant-propos ce qui a motivé cette recherche, en accord avec la suggestion émise par Tufford et Newman (2012) de prendre conscience et d'intégrer les liens entre la vie professionnelle et la vie personnelle des personnes-chercheuses. Les allers-retours entre moi, ma directrice et mes collègues de laboratoire ont contribué à révéler des idées préconçues et biais que j'entretenais sur le sujet sans le réaliser et à corriger ma tendance, par exemple en modifiant les questions du canevas d'entretien. De la même manière, j'ai discuté informellement de sujets comme la méthodologie, l'épistémologie et l'éthique de la recherche avec des dizaines de personnes-étudiantes à la maîtrise et au doctorat provenant de domaines variés, rencontrées majoritairement à travers mon implication bénévole pour l'organisme Thèsez-vous (s.d.). Ces discussions ont mis en évidence des besoins de justification pour certains choix méthodologiques plus inusités. C'est le cas par exemple du choix de ne pas suivre la pratique courante consistant à faire remplir un questionnaire sociodémographique aux personnes-participantes. Cette décision permet de ne pas imposer de catégories identitaires et de positions sociales préétablies, et de plutôt laisser les personnes introduire elles-mêmes, dans leurs propres mots, ce qui détermine qui elles sont et comment ces déterminants interviennent dans leurs expériences de VG.

4.5.3 La phénoménologie appliquée au projet

Les entretiens ont été enregistrés sur support audio, retranscrits tels quels, puis analysés à l'aide du logiciel NVivo (version 12.6). La méthode utilisée pour répondre au premier objectif devait permettre de livrer une description phénoménologique des VG, soit une description intersubjective et telle-que-vécue d'un

phénomène. Ranse *et al.* (2020) proposent une manière non prescriptive de se rendre là en partant de récits individuels, ceci en s'appuyant sur les travaux de phénoménologie de Husserl (1900/2001, 1931/2012, 1954/1970), Merleau-Ponty (1945/2013) et Heidegger (1953/2010, 1953/2014) de même que les travaux d'herméneutique de ce dernier (1953/2010), de Dilthey (1976/1979) et de Gadamer (1960/2013, 1976/2008). Les écrits plus récents de van Manen (2014), Colaizzi (1978) et Giorgi (1997) viennent aussi influencer leur démarche suggérée. La solidité de ces assises pratiques et théoriques, la qualité à la fois concrète et flexible de leur procédure de même que le fait qu'elle mélange les phénoménologies descriptive et herméneutique sont les raisons qui ont poussé à choisir leur proposition dans le cadre présent.

Voici les étapes suivies pour l'analyse phénoménologique des données : mener un premier entretien; le transcrire; le relire et réécouter l'enregistrement audio simultanément; identifier des « moments¹⁶ » de l'expérience de « vivre des VG » et leur donner des titres; retirer, modifier ou ajouter des titres en posant la question « Est-ce que ce titre illustre bien le moment du phénomène exploré? »; identifier des « exemplaires¹⁷ » pour chacun des moments intitulés; retirer, modifier ou ajouter des exemplaires en posant la question « Est-ce que cet exemplaire représente bien le moment du phénomène exploré? »; présenter une « description telle-que-vécue¹⁸ » de l'expérience; incorporer, lorsque pertinent, des informations supplémentaires sur la place des « existentiels¹⁹ » phénoménologiques dans l'expérience des personnes.

La description qui en ressort est une sorte d'anecdote co-créée (personnes-participantes et analyste-chercheure). Cela signifie qu'elle n'est pas strictement représentative d'un individu particulier ayant été interviewé ou d'une expérience exacte rapportée, mais est plutôt construite à partir d'un équilibre entre des extraits évocateurs des entretiens, parfois reformulés et réarrangés, et des scénarios nouveaux inspirés de combinaisons de moments et de situations rapportées (Ranse *et al.*, 2020). Dans tous les cas, la description doit toujours capturer fidèlement l'essence des moments de l'expérience et demeurer en

¹⁶ Unités distinctes et significatives d'expérience humaine qui capturent le vécu et les perspectives subjectives façonnant la compréhension du monde (et du phénomène) de la personne qui les énonce.

¹⁷ Exemples concrets, spécifiques et représentatifs de moments, qui sont utilisés pour illustrer et donner vie à la description de ces moments et du phénomène qu'ils représentent.

¹⁸ Représentation narrative et concrète d'un phénomène basée sur les récits des personnes qui ont vécu cette expérience.

¹⁹ Spatialité (espace vécu), corporéité (corps vécu), communauté (relations vécues), temporalité (temps vécu).

accord avec les récits partagés par les personnes-participantes. Elle est censée permettre au lectorat d'obtenir un aperçu riche et quasi palpable de ce que l'expérience des VG peut représenter. Elle doit donner vie à cette expérience; être une sorte de vecteur incarné de la réalité dépeinte par les personnes (Ranse *et al.*, 2020).

4.5.4 L'analyse thématique réflexive pour documenter les répercussions (objectif 2) et explorer les besoins (objectif 3)

Les deuxième et troisième objectifs ont fait l'objet d'une analyse thématique de type réflexif, suivant une démarche inspirée de celles de Braun et Clarke (2006, 2019a, 2021a, 2021b) s'inscrivant à merveille dans les principes de pensée critique et de féminisme. Par exemple, ces autrices recommandent que les analystes embrassent et rendent visible leur point de vue situé susceptible d'influencer la couleur du rendu qu'ils peuvent offrir, suggérant ainsi que leur subjectivité est à la fois une ressource, leur outil de travail et une limite devant s'ouvrir à la critique extérieure (2021a). Cette idée rallie également plusieurs féministes du point de vue²⁰ (voir notamment Smith (1974), Haraway (1988) et Collins (2022)). L'approche réflexive de Braun et Clarke (2019a) place l'accent davantage sur l'engagement cognitif de l'analyste avec les données, qui crée les thèmes plutôt que de les découvrir, que sur le fait de suivre des procédures rigides. Cette approche ne vise pas le consensus entre analystes, mais plutôt le fait d'être explicite et réfléchi-e dans sa subjectivité (Braun et Clarke, 2019a).

Les objectifs 2 et 3 de cette recherche se concentrent sur les répercussions des expériences de VG dans la vie des personnes-participantes et sur l'exploration de leurs besoins. Ces objectifs, plus orientés vers l'identification de motifs récurrents et de tendances générales, nécessitent une approche méthodologique différente de celle adoptée pour l'objectif 1, qui se penche profondément sur l'expérience subjective des personnes. La phénoménologie aurait en effet été moins adéquate pour les objectifs 2 et 3 puisqu'il était question de dégager des thèmes plus globaux et partagés. Elle aurait en outre rendu la gestion des données inutilement complexe. L'analyse thématique réflexive, offrant une structure méthodologique qui permet de catégoriser et d'organiser de manière exhaustive les divers éléments évoqués par les personnes, offre en ce sens une approche plus pragmatique (Nowell *et al.*, 2017).

²⁰ La théorie du point de vue situé conçoit le savoir non comme une vérité objective, mais comme quelque chose d'ancré dans nos perspectives, interprétations et relations, elles-mêmes issues de notre position sociale, culturelle et historique. Mon savoir est donc façonné par qui je suis (mon point de vue situé).

Cette méthode s'avère particulièrement efficace pour extraire des thèmes émergents de manière systématique (Nowell *et al.*, 2017). Elle permet d'identifier des schémas récurrents susceptibles d'éclairer les répercussions perçues et les besoins. Elle offre une flexibilité méthodologique essentielle pour aborder la diversité des données, un avantage d'autant plus opportun que le cadre théorique, notamment la théorie queer et le féminisme intersectionnel, exige la reconnaissance des diversités d'expériences. L'analyse thématique réflexive permet d'ajuster le processus d'analyse en fonction de la richesse des informations fournies par les personnes, tout en préservant une approche réflexive qui intègre la subjectivité de l'analyste dans le processus d'interprétation (Braun et Clarke, 2021a). La méthode autorise une exploration approfondie des contextes et des interactions qui peuvent influencer les répercussions des VG et les besoins perçus. Cette dimension permet de contextualiser les thèmes identifiés, offrant ainsi une compréhension plus nuancée et intégrée des résultats (Braun et Clarke, 2021a). En se concentrant sur les thèmes transversaux, l'analyse thématique réflexive est mieux équipée pour capturer la variété des répercussions et des besoins tout en maintenant une cohérence analytique. Cette approche, complémentaire à la phénoménologie, permet une exploration équilibrée du phénomène dans sa globalité.

4.5.5 L'analyse thématique réflexive appliquée au projet

La procédure suivie ici est basée sur les écrits de Braun et Clarke (2021a) parmi les plus récents à ce sujet. Tout au long du processus ci-après décrit, des allers-retours quasi quotidiens étaient faits entre la lecture des entretiens, la réflexion, le questionnement, l'imagination (extrapolation), le fait de se laisser surprendre par les données, la rédaction et la retraite (s'éloigner des données, faire le vide; Braun et Clarke, 2021a). Des discussions survenaient aussi régulièrement durant la phase d'analyse des données, à la fois avec des collègues initié·es aux enjeux soulevés par la recherche et avec des personnes à peine exposées à ceux-ci, comme des proches, des ami·es et des personnes-étudiantes d'autres disciplines. Celles-ci me permettaient d'approfondir les réflexions et de les clarifier par des tentatives d'explications de plus en plus précises, nuancées et compréhensibles pour autrui; elles ne servaient pas à réduire ma subjectivité, essentielle à l'analyse thématique réflexive (Braun et Clarke, 2019b, 2021a), mais plutôt à augmenter ma lucidité face à celle-ci.

La première étape a consisté à se familiariser avec les données. Pour ce faire, les entretiens transcrits ont d'abord été lus attentivement plusieurs fois, cependant que des notes étaient prises pour identifier les idées, récurrences et schémas apparents dans les données. Ensuite, des codes ont été générés avec l'aide

du logiciel NVivo : des unités de sens²¹ ont été identifiées, puis des codes²² ont été attribués à ces unités. L'étape subséquente consistait à regrouper les codes similaires pour générer les premiers thèmes²³. Les thèmes étaient ensuite révisés au regard de leur pertinence, de leur profondeur et de leur capacité à capturer les nuances, ceci afin de s'assurer qu'ils étaient cohérents et représentatifs des données. Après cette étape, les thèmes étaient définis pour en permettre la compréhension par autrui. Ils se voyaient ensuite attribuer un titre explicatif et significatif final qui reflétait leur contenu, puis étaient organisés de manière logique en tenant compte de leur importance et de leurs relations mutuelles. C'est après cette étape que le compte-rendu a été rédigé pour présenter les thèmes, leurs définitions, leurs relations et leurs significations globales, ceci en les appuyant d'extraits d'entretiens qui en illustrent bien la teneur. Enfin, la cohérence du compte-rendu entier a été révisée pour s'assurer que les thèmes étaient liés aux données, qu'ils servaient les objectifs de l'étude et que l'analyse était logique et complète. Il est à noter que rapporter la fréquence des thèmes dans le rapport de résultats n'est pas recommandé et est même critiqué par Braun et Clarke (Braun et Clarke, 2013, 2021a; Clarke, V. et Braun, 2018), qui y voient comme moi quelque chose d'incohérent et d'impraticable face à des thèmes souvent perméables, construits et polysémiques, mais aussi une sorte d'hégémonisation d'une appréciation quantitative de la recherche qualitative.

4.6 Considérations éthiques

Le projet a obtenu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines (CERPÉ FSH) de l'UQAM le 17 juin 2021, avant le début de la période de recrutement. Un renouvellement de cette approbation a été obtenu le 21 avril 2022, puis à nouveau le 12 juin 2023. L'Annexe F contient les certificats de ces approbations. Le Code d'éthique de la recherche de

²¹ Portion discrète et porteuse de sens dans les données textuelles qui peut être considérée comme une unité indivisible de signification. C'est un fragment de texte (une phrase partielle ou complète ou un groupe de phrases) qui capture une idée, un concept, une émotion ou une expérience précise exprimée par une personne-participante. Des exemples (fictifs) seraient « J'ai crié de douleur, mais le médecin a continué sans réagir. »; « On m'a répondu que j'exagérais quand j'ai dit que j'avais mal. »; « J'ai pleuré de douleur, mais personne n'a semblé s'en soucier. »

²² Étiquette descriptive ou terme court attribué à une unité de sens précise dans les données textuelles. Les codes servent de base à la première étape d'organisation des données brutes en permettant d'identifier les idées, concepts, motifs ou éléments clés qui se dégagent de manière récurrente ou significative. Par exemple, les codes associés aux unités de sens ci-dessus pourraient ressembler à « déni des signes de douleur »; « minimisation de la souffrance »; « absence d'empathie face à la douleur ».

²³ Idée ou concept plus large qui sont construits à partir de la compréhension des codes par l'analyste. Les thèmes sont des catégories plus générales qui captent les idées ou les questions centrales qui traversent les données. Ils sont formés en regroupant et organisant les codes similaires autour de concepts communs. Un exemple de thème regroupant les trois codes de la note ci-dessus pourrait être « négligence face à la douleur ».

l'Association professionnelle canadienne pour la santé transgenre (Bauer *et al.*, 2019) a également inspiré des mesures adaptées de ses principes directeurs, ceci afin de servir les assises queers de cette étude. L'Annexe G présente les notes sur leur intégration, prises au moment de concevoir le projet de recherche. Le certificat d'accomplissement de la Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER) a également été placé en annexe (voire Annexe H).

Un formulaire d'information et de consentement (FIC) a été élaboré. Il contient les renseignements permettant le consentement éclairé des personnes-participantes (voir l'Annexe I). Vu la tenue virtuelle des entretiens, le formulaire a été adapté pour pouvoir être rempli sur la plateforme de gestion des données Qualtrics. Cette manière de procéder a permis aux personnes-participantes de remplir et signer le FIC sans avoir recours à une imprimante et un numériseur, et sans avoir à échanger leurs données personnelles à travers des services de messagerie électronique non confidentielle. Le contenu du FIC spécifiait notamment que la participation à la recherche était volontaire et que le consentement pouvait être retiré à tout moment, même en ce qui concerne l'utilisation des données après l'entretien.

Dans le but de prévenir le dévoilement de l'identité des personnes-participantes, plusieurs mesures ont été prises : leurs noms ont été changés en codes; les noms de villes ont été remplacés par « [ville de (région géographique)] »; les noms d'hôpitaux ou de cliniques ont été remplacés par « [hôpital dans ville/quartier X] »; les noms d'autres personnes ont été remplacés par leur relation à la personne-participante (p. ex. « [mère de] »); les organismes nommés par ces personnes ont été remplacés par « [(organisme + domaine d'intervention)] ». Puisque participer à la recherche et raconter des expériences de violences pouvait s'avérer difficile, une liste de ressources psychosociales ayant été élaborée pour le projet était présentée et remise aux personnes-participantes. Ces ressources avaient été choisies de manière à pouvoir autant que possible être utilisées sans égard à la position géographique de la personne. Aucune compensation financière n'a été offerte pour la participation.

CHAPITRE 5
ARTICLE 1 (OBJECTIF 1)

Title: Experiences and perceptions of gynecological violence: A descriptive exploration of the phenomenon from survivors' standpoints

Abstract: In the context of increasing movements against gender-based violence, resentment against sexism and disrespect within the medical field has gained attention. Using an exploratory qualitative approach, this study aims to provide a comprehensive description of gynecological violence (GV) from survivors' perspectives. The convergence of critical thinking, queer theory, and intersectional feminism underscores the importance of understanding diverse and marginalized perspectives as well as individual narratives. Nine participants from Québec (Canada) shared their stories through individual, semi-structured interviews. Phenomenology was used to analyze the deep and nuanced lived-experiences, enabling the capture of the essence of GV. The findings first highlight the negative experiences faced by participants, encompassing situations where they felt deprived of choices, unheard, treated insensitively, dehumanized, abandoned, and gaslighted. The results then trace the line between participants' negative experiences and GV, revealing how perceptions of violence are formed. Finally, a phenomenological description of GV is provided, offering insights into how the phenomenon is personally experienced by individuals. This study bridges a gap in the literature, provides a foundation for future research and advocacy, and presents recommendations for individuals, communities, and institutions. It calls for a reevaluation of practices in gynecological health services to ensure they are inclusive and respectful.

Keywords: gynecological violence; phenomenology; critical thinking; intersectional feminism; queer theory

5.1 Introduction

In recent years, movements against gender-based violence have gained momentum (Hoffmann et Tarzian, 2001; Russo et Pirlott, 2006), bringing attention to issues of sexism and gender bias within healthcare services (Verdonk *et al.*, 2009). In this context, numerous individuals have disclosed experiences of gynecological violence (GV), encompassing various harmful acts of neglect, abuse, or misconduct within the context of gynecological health care (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023; Vuille, 2016). These experiences have ignited international discussions and condemnation (Commission sur l'égalité et la non-discrimination [CEND], 2019; Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [HCE], 2018).

Despite the media, activist groups, and the public raising their voices against GV (Vuille, 2016), the subject remains largely understudied, except for its obstetrical dimension (Bohren *et al.*, 2015). The lack of comprehensive research on GV has left a gap in our understanding of the issue, undermining efforts to combat it effectively. This article sets out to lessen the existing gap by exploring GV from the experiences of those who have faced it, offering an in-depth description of the phenomenon as it is lived.

5.1.1 Prevalence and manifestations of GV

The concept of gynecological violence, while increasingly recognized in political and activist discourse, suffers from a lack of a concise, universally agreed-upon definition. This ambiguity is evident as the term itself varies: it is sometimes referred to as gynecological mistreatment and, at other times, as sexism in gynecology, for example. Despite this variability, some characteristics of GV are often repeated in its existing definitions. According to those, GV would encompass a broad spectrum of practices, actions, gestures, statements, or behaviors, both committed and omitted, that occur within healthcare (HCE, 2018; Marcilly et Mauri, 2018). GV would cover the absence of free and informed consent, lack of justification for medical interventions, or interventions going against scientific knowledge and best practices (CEND, 2019; Quéré, 2019). GV's perpetrators would be healthcare providers across various specialties who may not necessarily have violent intentions, and the survivors would always be the patients (HCE, 2018; Marcilly et Mauri, 2018).

The International Planned Parenthood Federation (2022) provides examples of such violent practices in gynecology, including psychological and physical violence (e.g., shaming or judgemental remarks), non-consensual acts (e.g., forced vaginal examination), medically unnecessary and unjustified procedures (e.g., routine episiotomies), and delay or refusal of care (e.g., refusing to help a patient requesting an abortion).

The CEND (2019) further expands on this list, adding inappropriate or non-consensual acts, sexist behaviors, disrespectful and abusive treatment, brutality, stigmatization, marginalization, pressure to relinquish patients' rights, contempt, and indifference to pain.

To date, only one available study (Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2023) has directly addressed the subject of GV. This study describes it as the subordination of patients by healthcare providers, leading to a loss of autonomy and decision-making capacity. In that study, GV is characterized by actions such as withholding information, making ironic or impertinent comments, reprimanding, infantilizing, performing non-consensual genital examinations, imposing excessive medicalization, and using deliberately painful procedures. It also encompasses forms of sexual violence, such as a medically unjustified injunction to nudity, inappropriate touching of sexual organs, and sexual assault. However, this description is not supported by studies devoted to defining the concept of GV; therefore, it lacks a rigorous foundation. Nevertheless, that scientific paper has documented the prevalence of GV in Chile's healthcare system. Its results show that 57.9% of participants experienced GV, with higher rates among marginalized groups: 61.9% for those under 34, 71% for non-heterosexuals, 72% for indigenous, and 83.3% for Afro-descendants (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023).

5.1.2 GV, rooted in gynecology's History

According to existing definitions, GV is said to exist in a context where sexual-reproductive healthcare is institutionalized, legitimizing the power dynamic between providers and patients (CEND, 2019; HCE, 2018). It would stem from sexism, racism, classism, and a desire to control, all of which pervade the history of sexual-reproductive medicine (HCE, Cooper Owens, 2017; 2018). Gynecology's history is indeed unsettling, marked by a legacy of violence. For instance, during the 19th century in North America, doctors were conducting experimental vaginal surgeries forcibly and without anesthesia on Black enslaved women and impoverished Irish immigrants (Cooper Owens, 2017; Khabele *et al.*, 2021; Ojanuga, 1993). The history of violence within the field of gynecology extended over time, persisting through various manifestations, such as eugenic sterilizations forced upon women from oppressed groups, notably those who were Black, Indigenous, judicialized, poor, or handicapped (Bocquillon, 2018).

Today, the echoes of this dark historical background are still being felt. For example, in 2014, on Twitter, a French student launched the hashtag #PayeTonUtérus (pay your uterus, in French), which prompted over 7,000 people in just 24 hours to publicly disclose their negative experiences with gynecological

healthcare (HCE, 2018). Other hashtags pursuing the same goal subsequently appeared across the globe – #balancetongynéco (denounce your gynecologist, in French), #prekinimošutnju (break the silence, in Croatian), #STOPVGO (stop gynecological and obstetrical violence, in French and English), #bastatacere (let's stop silencing ourselves, in Italian), and #MeTooPelvic, to name just a few (HCE, 2018).

5.1.3 The origins of the concept of GV

GV often falls under the broader concept of “obstetric and gynecological violence,” which originated in Latin America in the early 2000s (Williams *et al.*, 2018). While obstetrics focuses on perinatal care, closely related to childbirth, gynecology encompasses feminized sexual-reproductive systems, including body parts such as the vulva, vagina, and uterus (Williams *et al.*, 2018). Obstetric violence gained prominence through Latin American activist movements, particularly in Brazil (Sadler *et al.*, 2016; Williams *et al.*, 2018). In 2007, Venezuela formally defined it and included it as one of the 19 forms of violence against women punishable by law, framing it as a violation of sexual and reproductive rights (República Bolivariana de Venezuela, 2007; Sadler *et al.*, 2016). Argentina, Bolivia, Panama, and Mexico have subsequently incorporated it into their legislation against gender violence and inequality (Williams *et al.*, 2018). Recent studies have further enriched our understanding of that phenomenon (Annborn et Finnbogadóttir, 2022; Bajos *et al.*, 2012; Farah Diaz-Tello, 2016; Lévesque *et al.*, 2018; Michel et Squires, 2018; Sadler *et al.*, 2016). A systematic review has even encompassed papers addressing the mistreatment of women during childbirth in 34 countries spanning five continents (Bohren *et al.*, 2015), suggesting a global concern. However, while obstetric violence has been studied and incorporated into legal texts, GV is still relatively neglected in both academic and legal frameworks.

5.2 The present study

In this article, we aim to provide a comprehensive and situated description of GV, shedding light on what constitutes this form of violence from the standpoint of individuals who have directly experienced it.

5.2.1 Theoretical and conceptual framework

This study adopts a constructivist paradigm with an inductive, qualitative approach grounded in critical thinking, queer theory, and intersectional feminism. Critical thinking emphasizes the political aspect of research, affecting knowledge production and dissemination (Sensoy et DiAngelo, 2017). It encourages methodological reflexivity, social justice promotion, challenging existing paradigms, and recognizing biases in data interpretation (Fortin et Houssa, 2012; Sensoy et DiAngelo, 2017). It also involves examining power

structures, addressing political aspects, avoiding exclusions, and fostering social justice for a comprehensive perspective.

In this study, we use queer theory to challenge the use of the category “woman” in gynecological healthcare, drawing upon various fundamental ideas from queer theory. One of these is Foucault’s (1978) views of sexuality as a socially and historically constructed concept influenced by power dynamics. Another one is his critique of the marginalization and devaluation of groups of people and types of knowledge in establishing what is considered scientific knowledge (Foucault, 1997). These ideas prompted us to reassess the gender-biased biomedical paradigms in gynecological healthcare. Indeed, if gynecology is said to be the medical expertise of women’s health, then who is included and who is excluded from this category? In some of their most notable work, Butler (1990, 1995) argued that the category “woman” can be exclusionary and reinforce gender norms, so they advocated for a more inclusive understanding of it. This means not discarding the category but reinterpreting it to accommodate diversity (Baril, 2007, 2009). Oudshoorn (2000) further emphasized that biomedical understandings of the body are socially and linguistically constructed, challenging the notion of objective truths in science. Queer theory allowed this study to acknowledge that those requiring gynecological health services may not identify with the category of “woman,” and that not all women require these services.

Intersectional feminism, emerging from Black feminism, examines how various oppressions, like racism, sexism, and classism, intersect to form an individual's social position (Gkiouleka *et al.*, 2018; Hill Collins, 2015). Oppressions also include ageism, cissexism, heterosexism, fatphobia, sanism, ableism, colonialism, and nationalism/xenophobia (Baril, 2015; Bilge, 2009; Chbat *et al.*, 2014; Gkiouleka *et al.*, 2018; Gueta, 2020; Kean, 2019; Matsuzaka et Koch, 2019; Morrison et Dinkel, 2012; Prohaska et Gailey, 2019; Yuval-Davis, 2006). An individual’s social position regarding these multiple axes of oppression significantly influences their experiences of the world, including within the healthcare system and gynecological health services (Chbat *et al.*, 2014; Quéré, 2019). This study uses this theoretical framework to contextualize GV, showcasing its feminist origins and the violent roots of gynecology linked to racism, classism, and sexism.

5.3 Methods

5.3.1 Participants and recruitment

We used intentional and snowball recruitment. The inclusion criteria were: 18 years of age or older; speak French; have used gynecological health services; report having experienced violence. Expressions such as

“abuse” and “non-consent” were incorporated into the recruitment posters to align with various subjective experiences. The exclusion criterion was limited to individuals who had experienced solely obstetric violence, aiming to avoid overshadowing experiences unrelated to childbirth, as previous studies have already explored such occurrences. Six organizations working with socially disadvantaged groups were selected to contribute to the recruitment process and agreed to collaborate by sharing the call to participate via their social media, website, or newsletter. Collaboration with these organizations reinforced the study’s commitment to its theoretical framework, especially queer theory and intersectional feminism.

5.3.2 Data collection

Each participant underwent a 90-minute semi-structured interview, delving into themes covering their experiences in gynecological health services, their subjective interpretation of these experiences, and their comprehension of what constitutes GV. To ensure an authentic representation of their self-perception, they were also encouraged to share their pronouns and present their identity without predefined categories, in line with queer theory.

The interview questions, designed by the first author to be open-ended and clear, encouraged detailed and spontaneous reflections. As suggested by Baumbusch (2010), emotionally laden questions were placed midway. Following Kallio and colleagues’ recommendations (2016), the interview canvas was revised (by the second author) and tested (with a lab member) to improve question clarity and reduce biases. It featured both primary and probing questions, the latter fostering deepening insights for a more comprehensive approach (Baumbusch, 2010; Kallio *et al.*, 2016). Interviews were conducted via Zoom due to COVID-19 restrictions.

5.3.3 Analysis

Opting for phenomenology as the analytical strategy was driven by the study’s aim to deliver a thorough, contextualized description of GV from the experiencers’ viewpoints. This method excels in revealing detailed, personal perspectives by depicting experiences as they are lived without imposing pre-existing theoretical frameworks. It allows the capture of their essence in a raw and unfiltered manner. By adopting a phenomenological approach to the analysis, the study honors the participants’ experiences, allowing their voices to lead the inquiry.

Based on Ranse *et al.* (2020)'s flexible blend of descriptive and hermeneutic phenomenologies procedure, here are the followed steps: conduct an initial interview; transcribe it; repeatedly read it and listen to the audio recording simultaneously; identify “moments²⁴” of “experiencing GV” and give them titles; remove, modify, or add titles by asking “Does this title illustrate properly the moment of the explored phenomenon?”; identify “exemplars²⁵” for each of the titled moments; remove, modify, or add exemplars by asking “Does this exemplar represent the moment of the explored phenomenon?”; provide a “lived-experience description²⁶” of the phenomenon; incorporate, where relevant, additional information about the role of phenomenological “existentials²⁷” in participants’ experiences. We used NVivo software to assist in the analysis.

Epoche (bracketing), the phenomenological practice of suspending judgment on knowledge of the world (Ndam, 2023; Sibeoni *et al.*, 2020; van Manen, 2017), was seen here as a goal inspiring a mindset to be adopted during data collection and analysis (Tufford et Newman, 2012) rather than an absolute state to be achieved. The authors acknowledge their biases, approaching the study with careful consideration of how they may influence their work, as recommended by Finlay et Gough (2003), and Moustakas (1994).

The description that emerges from this analysis is a co-created anecdote (participants and researchers). This means it does not represent a particular interviewed individual or an exact experience reported. Instead, it is constructed from a balance between evocative interview excerpts, sometimes synthesized and rearranged, and scenarios combining reported moments and situations (Ranse *et al.*, 2020). The description must still faithfully capture the essence of the lived moments and remain consistent with participants’ narratives. It is meant to give a rich, almost palpable sense of what experiencing GV can be like (Ranse *et al.*, 2020).

²⁴ Distinct and meaningful units of human experience that capture the realities and subjective perspectives shaping the individual’s understanding of the world (and phenomena).

²⁵ Concrete, specific, and representative examples of moments that illustrate and bring to life the description of these moments and the phenomenon they represent.

²⁶ Concrete narrative representations of a phenomenon based on the accounts of participants who have lived through the experience.

²⁷ Spatiality (lived space), corporeality (lived body), communality (lived relationships), and temporality (lived time).

5.3.4 Ethical considerations

The project obtained approval from UQAM's ethics committee on June 17, 2021, with two annual renewals. We also adapted the guidelines from the Canadian Professional Association for Transgender Health's code of ethics (Bauer *et al.*, 2019) to align with the study's queer framework. An online Qualtrics form was used for information and consent. We provided participants with a list of psychosocial resources but did not offer financial compensation.

5.4 Results

Results first introduce participants' profiles and the experiences shared during the interviews. Five moments of negative experiences are subsequently presented, followed by a delineation of violence within those. Lastly, a phenomenological description of GV is presented.

5.4.1 Participants profiles

The sample is composed of nine participants. Table 1 outlines their sociodemographic details, including gender identity, age, relationship and family status, and education. Additionally, it summarizes their use of gynecological health services and the chronology of their experiences with GV.

Table 5.1 Participants profiles

Participant	Age	Relationship status and family	Education (field) and job field	Gynecological health consultations related to...	Elements of oppression related to the experiences of GV	GV experiences timeline
Charlie (cis woman)	40s	1 male partner No child	Ph.D. (Spirituality) Spiritual care	Abortion, contraception, endometriosis, menstruation, vaginal mycosis	Ableism, geographical/spatial inequality, sanism, sexism	Started at 16-17 and ongoing
Dany (cis woman)	25	1 male partner No child	B.A. (Arts and Communication) Entrepreneur	Contraception, genital discomfort	Ageism, geographical/spatial inequality, sanism, sexism	Around 20 and 24-25
Em (cis woman)	27	1 male partner No child	Ph.D. (Social Sciences) Researcher	Vestibulitis, vulvodynia	Ableism, ageism, heterosexism, sanism, sexism	Around 21
Gab (cis woman)	Not disclosed	Used to have 1 male partner No child	Not disclosed Immigration and education	Endometriosis, infertility, laparoscopy, ovarian cysts	Ableism, classism, sexism	Around 2016 and 2018
Joe (cis woman)	48	Not disclosed 2 children	M.A. (Not disclosed) Education	Childbirth, contraception, menopause, menstruation, perineal physiotherapy,	Classism, fatphobia, geographical/spatial inequality, sexism	Since age 17
Max (cis woman)	34	1 male partner 1 child	Not disclosed Education	Abortion, childbirth, contraception, endometrial biopsy, menstruation, miscarriage, pregnancy	Fatphobia, geographical/spatial inequality, sanism, sexism	Since age 18

Pat (cis woman)	40	Not disclosed 2 children	Ph.D. candidate (Not disclosed) Public services and communication	Abortion, childbirth, contraception, laparoscopy and laparotomy, mammography, menstruation, miscarriage, perineal physiotherapy, pregnancy, STIs, uterine fibroids	Ageism, geographical/spatial inequality, nationalism/xenophobia, sexism	From adolescence onwards
Sam (cis woman)	32	1 male partner; monogamous 1 child	Not disclosed Unemployed (previously self- employed)	Abortion, cervical biopsy, contraception, laparoscopy, menopause, menstruation, miscarriage, oophorectomy, ovarian cysts	Ableism, classism, sanism, sexism	Over the past 20 years
Vic (non-binary)	28	Not disclose; not heterosexual No child	Technical diploma (Not disclosed) Community worker	Cervical biopsies, STIs, contraception, menstruation, ovarian cysts	Ableism, cissexism, classism, fatphobia, heterosexism, sanism, sexism	Since age 22

5.4.2 Experiences in gynecological health services

During the interviews, participants disclosed many experiences associated with gynecological health services. They interacted with a diverse array of providers, including internists, gynecologists, obstetrician-gynecologists (OB-GYNs), physiotherapists, social workers, nurses, pharmacists, emergency doctors, family doctors, anesthetists, doulas, and radiologists. This highlights the importance of conceiving of GV as not limited to interactions with gynecologists. Moreover, given the complexity of health itself, gynecological issues may have implications for other health issues and vice versa. For example, conditions such as premature menopause can affect metabolism, weight gain and distribution, hair growth, and sexual functions, as Sam's doctor told her. Therefore, it seems consistent to refer to "gynecological health services" rather than "gynecology" when addressing GV.

Experiences within the gynecological health services were portrayed in various ways. Some were described as positive or neutral, with terms like "good" or "okay." Others were seen as negative and described using terms like "clumsy" and "uncomfortable." Within the negative experiences, those considered violent were described using terms like "extremely mistreating," "unacceptable," and "nightmarish." These results indicate that participants have encountered a variety of negative experiences in gynecological health services and that not all these negative experiences were considered violent. The nuance is important if we are to circumscribe what constitutes GV correctly. These findings also show that participants use various terms to describe their experiences, emphasizing the diversity and subjectivity behind their shared interpretation of a lived phenomenon. It suggests that the vocabulary used to describe GV can influence whether individuals recognize it as such or not.

The analysis led us to divide the negative experiences shared by participants into six phenomenological moments: being deprived of choices, being unheard, being treated insensitively, being dehumanized, being abandoned, and being challenged in one's sense of reality (gaslighted).

5.4.2.1 Moments of being deprived of choices

Participants shared negative moments that involved having limited choices. They recounted instances where their decision-making autonomy was denied, preventing them from giving or withholding consent due to unclear information and limited options presented. These moments sometimes manifested when they were forced to consult specific providers or follow predetermined treatments, or obstructed from pursuing a chosen care path or treatment. For example, Pat narrated a moment when she was coerced by

a provider to take Depo Provera for six months after she had had an abortion. She said, “I felt like I was... *like a drug addict*²⁸ or something; that there was like a *parole officer, and I had to go back.*” Lack of choices also encompassed hidden alternatives, deception, strong pressure towards a professional’s favored approach, and dishonesty. Gab said:

When we consult a doctor, they’ll often offer us a solution like nothing else was available, and that’s nonsense because everyone knows that there are millions of treatments for all kinds of situations. There’s never just one solution. In my opinion, when people have a discourse that’s very, uh... I don’t know how to put it, but: “That’s it, and that’s all,” categorical, you know, I think that’s manipulation.

The absence of choice in treatment decisions was also illustrated by Em’s experience. Confronted with vestibulitis, she experienced the denial of a therapeutic surgical intervention by her gynecologist. According to her, the gynecologist displayed condescension and disdain toward her due to her sexual inexperience, advising her to wait until she found a partner based on the presumption that “sometimes, the condition magically disappears with a partner.” She said:

My medical treatment depended on a spouse. I was like, “Wow! We’re back in 1950, this is fantastic.” As a feminist, I have a lot to say on the subject. So, let’s be honest, I was like, “Wait... I’m being fucked with right now. What’s going on? This is a nightmare I’m living.” [...] It really was: my treatment depended on a man.

Em’s account underscores the lack of options presented to her and the broader sociocultural implications of such medical practices, which she perceives as regressive and antithetical to feminist principles. Her reflections capture the essence of being trapped in a medical paradigm that denies individual autonomy.

5.4.2.2 Moments of being unheard

The participants shared situations in which they perceived that providers did not listen to them, leading them to feel ignored, dismissed, interrupted, or restricted in communication, resulting in a lack of acknowledgment and acceptance. They could not voice concerns, set boundaries, or communicate their needs. Charlie said:

I was living in [city 2] and had gone to [city 1] to see him. I had a list with, I think, five points [to discuss with him]. He said, “No, Charlie. When you come here, it’s one point.” Imagine! I was starting to be more able to defend myself. I said, “Sir! I’ve just come from [city 2]. These

²⁸ Italic text was in English originally.

are important things for me. I need prescriptions." He said, "Ah... OK." Geez! What's that? What's the problem? You know, I'm on medication right now, I need a follow-up!

Limited information exchange between them and their providers led to accessing services that were sometimes ill-fitted and unsuitable for their needs. The participants also experienced being unheard when they conveyed pieces of information to providers who dismissed their statements as untrustworthy and unreliable. Max said:

He asked me how much I weighed. We're in an emergency room; he could have weighed me. Anyway, I'm kind of heavy. And I gave him my actual weight, I knew it, and he said, "Ah! I'll add a bit to it. All women lower their weight." I was like, "Oh yeah, huh? So that's how you start..." I was like, "But that's my real weight."

Similarly, the participants felt unheard when providers failed to directly address or engage with them as the primary stakeholders of their health. The latter is shown in another example from Max:

I was like, "What the hell is the corpus luteum?" And he more or less answered my question. The next week, I asked the same question while I was lying down with my legs spread. He looked up, his fingers covered with my blood, and said, "Madam, you'll have to ask your husband. Him, he understood." I went, "Oh, boy! Really? That's really what you're telling me? If my husband understands, good for him, but I still have questions, so you'll answer them." I was really angry. I couldn't believe he could say that.

5.4.2.3 Moments of being treated insensitively

Negative experiences in gynecological health services included moments when providers treated participants rudely, harshly, and insensitively. Max, for example, described an instance of invasive and insensitive behavior from her doctor, characterized by a dismissive attitude toward her emotional well-being, a coercive approach to the procedure, and a callous disregard for basic principles of patient dignity and privacy:

[The doctor] said, "OK. Take off your panties; I'm going to do a vaginal exam." [...]. I asked the doctor, "Do you have a small towel?" Because he'd say, "Well, take your clothes off, now." Just like that. In front of him. He wasn't leaving and was chatting with my boyfriend. I said, "Well, do you have a little something? I'm going to cover up so I can pull down my panties." Because all he wanted was, "Come on! Pull down your pants and hurry!" I said, "Well, I'd like a towel." He said, "Oh come on! You're with your husband and me, it's fine!" I said, "Well, I'd really like a towel." I kind of insisted. [...] Finally, he accepted and gave me one, but he kind of threw it at me. Then he said, "Here, your towel." And he said, "Pull down your pants." I was like, "OK..." But he didn't leave. He just handed me a towel.

The participants endured stony and occasionally brutal behaviors, leaving them with an almost unbearable sense of coldness. This behavior often disregarded their physical and emotional sensitivities, sometimes even treating their pain and suffering as laughable. As Sam was discussing with her surgeon before an oophorectomy, she told him:

"You know, I don't bleed a lot anymore because I've bled so, so much... so, right now, it's really not a lot. It lasts maybe half a day, two days, but I'm 20 days in excruciating pain, you know? But there's not that much bleeding." And when I tell him that, because he doesn't remember my file anyway, of course, he tells me, "Don't say it too loud. Some people will envy you, you're lucky." "Lucky? Oh, yeah? Sorry, maybe I'm lucky, but I'm bleeding from my rectum and vagina, so I can't see where my luck is. And it hurts like hell." He says, "No, it's OK."

These experiences were not just ignored; they were sometimes intentionally silenced. That means providers recognized the participants' suffering but deliberately chose to prioritize, perpetuate, or even endorse actions causing it. This sent the message that complaints and concerns would not be tolerated and addressed. Charlie said:

When I was 22, I got pregnant with an abusive spouse. Not physically, but in every other way. That time, my mother was involved [and] my best friend accompanied me. But the abortion experience was horrible. I was told to stop screaming so that I wouldn't scare the others in the clinic. So, I had to shut up while it hurt me. Maybe I didn't have enough anesthesia. That traumatized me. It's like, "Shut up, woman." And it was a man who did that, too. Not all men are the same, but... my best friend was there; she was holding my hand. It was rough for her, too, to see that, but *she* didn't tell me to stop.

Alongside this silencing treatment, participants recounted moments where they were insulted and devalued (e.g., for their thoughts, actions, identity, capacities, and looks) or blamed for their problems. Vic said that a provider mocked their attractiveness:

I got comments... terms used to describe me... First, the misgendering, but also... when you want a screening test for STIs, they'll ask: "Do you want to have the widest screening?" Sometimes, it comes with blood work, too. But that gynecologist commented that I probably don't have many partners anyway or that... yup, that it won't be necessary.

5.4.2.4 Moments of being dehumanized

Instances were reported where participants' human dignity was disregarded. They mentioned not being treated like persons, like whole human beings. Dany, for example, expressed: "I feel treated like... not like

a human, you know... I don't feel treated like a person right now." Using very similar words, Pat conveyed: "I'm not a person anymore. I'm just some kind of thing that you pass through the machine. [...] It's really dehumanizing. It's like you're not a person at all." Denied the possibility of seeing her doctor following a surgery that left her in immense pain, Gab said: "For me, it seemed almost inhuman."

A few participants explained that their body, or certain body parts, were considered, but not their entire being. Joe articulated that it was as if she was important in the genital area, "[but] that's it; the rest of the body doesn't exist. [...] It's as if they forget that there is a human being in the body in front [of them]." She felt like "a belly/vagina/vulva on two legs." In a similar vein, Max suggested practitioners ought to acknowledge they are interacting with patients, not merely vaginas or uteruses.

For some participants, the experience manifested in being regarded as a lesser human or an undeveloped adult. When asked how they felt treated in health care services, Vic answered: "Like a human of inferior value, like uh... I was going to say like a child, but I'm not sure anyone would mistreat a child so badly..." Sam and Gab also spoke of being infantilized. Sam remarked: "I wasn't treated with respect, and I wasn't treated as if I were a human being in my own right. I really was... I felt treated like I belonged to the health care system; like it was my parents and they made the decisions. So I was treated very badly." As for Gab, she mentioned on multiple occasions that she felt treated as if she were a little girl instead of a fully grown adult. A few participants compared how they were treated to how we treat non-human animals. Joe used the word "cattle" to convey that perception.

Participants recounted instances in which they experienced being regarded as objects instead of human beings. Joe, Max, and Dany described the sensation of being treated as mere numbers, and Joe specifically mentioned feeling like "a source of *cash*." Pat expressed her sense of being "a kind of medical object," "a kind of object, tossed from one side to the other," "*a problem you need to solve*," "a vessel for babies," "a woman-object that's just there to procreate and make babies." She said:

In the same way that in the media, women are objectified to the point that you can have a gang rape, and nobody cares... I have the impression that in the medical system, you can have a woman on a table, legs spread, and you insert something inside her without any warning, and it's completely normal. It's objectifying, it's dehumanizing, and it's... and it's completely normalized.

5.4.2.5 Moments of being abandoned

Participants shared negative situations in which they were left alone in highly vulnerable situations. That included instances such as not knowing where to go or who to speak to and encountering a lack of adapted material or techniques (e.g., day-after pills approved for larger bodies). Many participants had to fight to be prescribed diagnostic tests that would unlock services and treatments. Charlie said:

When I went to see [my doctor], she said, "You may have endometriosis or not." Then, she basically advised me against laparoscopy. I said, "No, no, no!" I said, "I want to know what's wrong with me!" So, I had to... with everything I was going through in my body, I had to fight to get... and *that's* violence: having to fight to get services and to know what it is that I have...

Despite having a diagnosis, obtaining further treatment remained a challenge for some. Charlie, after much persistence, managed to persuade her healthcare provider to conduct further tests. However, Em's efforts to find a remedy for her vestibulitis were met with resistance. Her gynecologist suggested that her pain might resolve spontaneously, disregarding Em's explanation of having endured the pain for years.

I say, "Okay. But... if it doesn't go away, what do I do?" "Well, you may have to go to physiotherapy, see a sex therapist, maybe do couple's therapy, and only as a last resort, we may have to do an operation. I say, "Can I have the operation right away, if it'll solve the problem? That would seem to be a better solution." She says, "No. Because all the other steps have to be tried first to rule out patients who are not good matches [for surgery], who can work with other solutions. So, we won't do an operation on you." I remembered that my mother had a similar condition and had had an operation. So, I made the connection right then. I was like, "But my mom had it. It's probably genetic. [Surgery] worked for her. Why not me?" "No. I don't want to hear about it. " [...] She refuses to give me treatment. She says, "Well, I can't do anything for you." She doesn't even give me anything... a cream, a medication... nothing..."

While not demanding instant fixes, the participants expected truthful, unbiased information from their providers. At the very least, they hoped for empathetic and supportive words to uplift them instead of being left in despair or pressured to keep emotions bottled up. Em shared:

She was telling me that I was just going to be in pain forever. [...] So I started crying, and I was like, "But I'm always in pain. What am I going to do?" Then she got very, very cold and said, "Well, stop crying. You're lucky; you don't have cancer. I treat people with real problems, more serious than this. It's going to be okay. Stop crying. It's not, uh... you're not going to die." So I was crying, trying to calm down because I was like, "Okay. This is it. Am I lucky, after all? No. I'm not lucky in this situation." But then, you just want to get out of there. There's no solution. She refuses to give me treatment. She's the specialist. There's nothing I can do. I feel stuck.

The participants occasionally had to self-educate about their diagnosis, symptoms, and rights. However, sharing this knowledge with providers often led to contempt and being treated as uninformed, discouraging further knowledge acquisition. This cycle of limited knowledge hampered empowerment and independence. Pat explained:

I'm a very curious person [...], and I think [reading] has become my go-to when I can't find answers. In my time, there was no Google that I could just do Google searches. So, reading has become a habit... [...] I read. I read. I read. But I think that for everything gynecological, things [I read] were far from reality. [...] And ultimately, I was completely powerless and taken charge of. It was as though even if I had been a specialist in the field, it wouldn't have mattered. It wasn't up to me, anyway.

5.4.2.6 Moments of being gaslighted

Lastly, participants described instances where their understanding of reality was doubted, particularly when they chose not to follow their providers' recommended approach, had differing opinions, encountered providers without solutions, or when their concerns were downplayed as psychological or insignificant for medical attention. They sometimes faced blame for their problems. Dany said:

He installs the speculum and then another instrument to open the cervix. When he inserted that instrument, it hurt so much that I went into vasovagal syncope. I thought I was going to throw up. I've never experienced pain as bad as that. I remember I felt the pain, and then I threw a kick, but it was a reflex; it wasn't... it wasn't intentional on my part. He said, "Hey! Don't move! Don't move [or else] of course it'll hurt you!" He blamed it on me.

Participants also felt alienated when their provider's expertise was prioritized over their own. For example, they were often denied the authority to assess the normality or tolerability of their pain. Gab explained: "[after waking up from a laparoscopy,] the nurse didn't want me to see the doctor. I was telling her: 'Can you at least prescribe me something for the pain? Because right now, I'm in pain, and you've given me something, but it's not working. It really hurts.' And she told me: 'Laparoscopy doesn't hurt, ma'am.'"

In addition, the participants faced threats by providers, such as refusing present or future assistance or presaging illnesses if treatment recommendations were not adhered to, inducing a sense of fear and vulnerability. Vic explained that they remained unconvinced by their doctor's strategy of making definite predictions about developing cancer and facing death unless they followed the recommendation. They said he then threatened to close their file and terminate future follow-ups.

The participants described another type of alienating moment: having their health problem psychologized. For example, when Dany expressed her concern about her weight gain after starting the contraceptive pill, she was flagged as having an eating disorder. If she considered genital plastic surgery as a solution to recurrent discomfort triggered by a labia minora hypertrophy, she was deemed self-destructive and prone to self-mutilation.

While some participants had had a psychiatric history that had been treated for a long time, it did not prevent them from being discredited and dismissed on the basis that their physical health problem must be mental. Sam, for example, explained that with gynecological health care providers, she did not feel that she could speak up for herself – not because she was not able to, but because no matter what she would say, she would be dismissed:

When I did that [speak her truth], it was worse every time. I felt like I had no right to do that. Whenever I tried to bring something up, it was like, "Uuuurgh..." It was really badly perceived, and they wouldn't call me back, and the ER doctors would leave me hanging, and it was like, "Look, she's just kind of crazy, and let her be; she needs attention."

Even without such a history, Joe's symptoms of severe anemia due to excessive menstruations were also ignored in favor of her providers' decision to diagnose her with a mental health condition (depression) – a diagnosis that did not consider all the signs she was showing and symptoms she was communicating.

5.4.3 Delineating violence within negative experiences through subjectivity: perception of GV

Identifying the previous six phenomenological moments only served as a preliminary step since, as previously stated, participants did not label all their negative experiences as GV. Therefore, we inquired about their process of distinguishing violent from non-violent negative experiences and explored what underlies their perception.

According to their answers, limiting the description of GV to a specific list of actions would be inadequate, as the violent nature of an incident is heavily contextual. For instance, Joe explained that a provider's reaction to their causing unintended pain was pivotal in categorizing the act as violent. Acknowledging, empathizing, and addressing the error was essential to her:

I mean, there can be clumsiness, but if they acknowledge it by themselves or if you tell them and they try to repair the wrong that's been done, then we're not in violence. But if you tell

them about – or you can tell they are aware of – your discomfort, and yet they do nothing [about it], in my opinion, we crossed the line of violence. Mild violence, but it's kind of the first level.

Participants emphasized the significance of being attuned to their internal feelings during interactions with providers to facilitate the identification of unacceptable experiences. This was also true about feeling self-confident and able to validate their own interpretations of a situation. They asked reflexive questions that helped them determine if a situation had been violent: Were there questions of mine left unanswered? Were the choices I made respected and honored, or at least were there efforts made to come to a compromise? Were all my rights (human, civilian, institutional) respected? Have my limits been trespassed? Was this medical intervention necessary? Was this a situation in which I felt at ease? Did the providers explain what they would do to me before doing it? Did they listen to my symptoms? Have I been pressured to consent to something? Em said:

Not having the right to consent to a procedure or not having information, I think that's violence – that a treatment, for example, is given to you without you knowing or understanding it. All the statements or comments or acts that are non-consensual or unnecessary [...], all the judgments you may face [...]. Not knowing what's happening to you or not being informed of what's being done to you, in my opinion, that's violence. Techniques or choices that you weren't able to make... [...] For example, if a woman doesn't want an epidural, but [the providers] say, "Ah! well, you know, you don't really have a choice." Or, "You have to take it now." In my opinion, that's violence.

Participants concurred that negative experiences should be deemed violent if perceived as such by the affected individual. In other words, violence was seen as a combination of experiencing a negative moment and perceiving it as violent. They acknowledged that interpretations of violence vary and that while some situations may not subjectively seem violent, they could still objectively be so. However, to them, what ultimately matters most is how they feel about the experienced moment, as their subjectivity influences the event's repercussions on their well-being. Vic explained:

The first thing I'd say to a patient is that if they feel uncomfortable, it's because they're experiencing violence and that what's happening is unacceptable. That's a sufficient criterion. [...] It's not normal to be uncomfortable. I mean... uncomfortable, yes, maybe, but I mean uh... [silence] Well, yes, that's it. I stand by my answer because I think failure to do everything possible to ensure we're comfortable is already going too far. [...] Any question that won't be answered isn't acceptable. Any choice that won't be respected, or at least, minimally, without... a process to come to a compromise, will be uh... [silence] As soon as you're not satisfied... that you walk out and you're not well, there, inside, it's because something's wrong.

So, participants described GV as a combination of a negative moment within gynecological health services and a perception of violence associated with that experience. Figure 1 presents this combination and elements that helped participants acknowledge their perception of violence.

Figure 5.1 Delineation of violence within negative experiences



5.4.4 Experiencing GV: a phenomenological description

I'm called to room 4. The gynecologist introduces herself with a distanced but professional tone: "Hello, I'm Dr. Johnson, and this is a medical intern, Dr. Patel." The intern says nothing. I do not know why he is here. I feel uncomfortable. My anxiety rises as I worry about being judged. "What can I do for you, madame...?" "Hello, I am Alex. My pronouns are they/them," I say shakily. "I am here because I have been having almost constant vaginal and rectal bleeding, as well as intense pain." The gynecologist asks me several questions and types my answers on a computer without looking at me. Then, she instructs me to undress and sit on the examination table. I wish I had been asked permission for the resident's presence.

I am very apprehensive about the examination, as I do not know precisely what they intend to do. I dare not share my concerns with them as they seem distant and rushed. During the procedure, my whole body is as tense as a bow, my heartbeat echoes in my chest, and my breath fastens. Without warning, the gynecologist inserts a cold instrument into my vagina, and a sharp pain shoots through me.

"Wait, what are you...?" My voice breaks. She does not answer immediately, continuing her work as if nothing had happened. I feel my heart racing, each pulse seeming to amplify my vulnerability. My breath comes in short gasps. "Excuse me; you could have warned me before you did that," I manage to articulate. "It's normal; I took a piece of your cervix for the biopsy. It's nothing serious; you'll be fine," she replies without looking at me.

My body seems frozen, trapped in a moment over which I have no control. I feel the heat of anger rising, mixed with fear and vulnerability. The pain intensifies. I feel it does not matter to them, as if they have forgotten a human being is inside my body. I squeeze my hands and eyelids to give myself courage over the situation. "I prefer to be informed and give my consent," I murmur in a weak voice. The gynecologist finally turns to me, her gaze fleeing mine. "You don't have to worry so much. Patients are often too anxious." The feeling of disturbance grows inside me. "Can you explain to me exactly what you're doing?" I try to regain control of the situation. She sighs. "It's complicated to explain. You don't need to understand the details." Meanwhile, she turns to the intern and says, "So, madam here has recurring gynecological problems. I'm doing a biopsy on her, and we'll send that off to the lab."

I feel invisible and as if my non-binary identity does not matter. As I get dressed, I notice blood running down my leg. I have to ask for a towel. I feel ashamed, dirty, and humiliated. My uterus contracts into painful cramps. Once dressed, I sit back in the designated chair and shyly ask, "Will there be any follow-up or treatment?"

"You know, your problems probably have more to do with your anxiety than any medical condition. You might want to consider therapy," she replies. My heart sinks, and I feel powerless. Emotions mix with the frustration of not being heard. "I think my concerns are valid," I say, hoping my voice does not betray my vulnerability. I'm nearly in tears. "I came here because I'm in extreme pain almost all the time," the tears finally flow from my eyes, my voice trembling. "I'm still in pain right now. What am I supposed to do? What are my options?" The gynecologist disregards my emotions as if they were insignificant. "We'll call you back if the biopsy results show something. If not, you can always come back if the bleeding continues."

I was disoriented and emotionally drained after the consultation. I later realized many questions remained unanswered. My concerns and choices were ignored, and my rights as a patient were overlooked. Unable to express my needs, I doubted the necessity of the medical intervention, given the poor communication. I felt uncomfortable, uninformed, and unheard throughout, with my symptoms disregarded. This

experience left me with feelings of injustice, disrespect, and the realization that I had endured gynecological violence.

5.5 Discussion

This study aimed to address the underrepresented issue of GV by investigating patients' experiences. Specifically, it sought to describe GV phenomenologically from their perspectives. The results show that participants portrayed GV as a negative moment experienced in gynecological health services coupled with a perception of violence linked to that experience.

Six negative moments were identified. These included being unheard and being abandoned, which align with the observations of Marcilly and Mauri (2018) and the HCE (2018), highlighting how GV can involve omission behaviors. Another negative moment was being deprived of choices. This conforms with existing literature (CEND, 2019; Friesen, 2018; Quéré, 2019), emphasizing that GV, akin to any form of violence, occurs when people lack free, informed, and continuous consent. The participants also presented gaslighting as a negative moment, which is unsurprising considering that, aligning with Lévesque et al.'s (2018) definition, violence involves power abuse and strategies to keep individuals subordinate and compliant. Insensitive treatment and dehumanization, the last two types of negative moments, could fall within a spectrum measuring the extent to which caregivers deny the sentient experiences of patients. Studies (Dawson, 2021; Svenaeus, 2023) suggest that a certain degree of dehumanization and insensitivity is sometimes necessary to make it bearable for caregivers to administer treatments that inherently cause pain or are unavoidably distressing. However, research indicates that dehumanization disproportionately affects marginalized and socially disadvantaged groups (Dawson, 2021), aligning with intersectional feminist ideas and this study's findings. Participants' experiences highlight that an individual's social position on axes of oppression (e.g., being a woman and having a history of psychiatric treatment) makes them experience specific forms of discrimination and prejudice (e.g., questioned lucidity and implied tendency to exaggerate or invent pain).

Few participants discussed experiences of violence other than interpersonal (e.g., institutional, symbolic, systemic). This finding could be interpreted by the fact that GV awakened anger that naturally tended to be directed toward a present, tangible, and imputable culprit. Participants did recognize the complexity and systemic nature of the issue. While aware of external pressures providers face that impact care quality, they remained more critical of the humans who hurt them than the structures that enabled hurtful actions.

In this study, the delineation of violence within negative experiences through subjectivity revealed a nuanced understanding of GV that aligns with and expands upon existing literature. The idea that violence cannot be confined to a predetermined list of actions resonates with the work of scholars who argue that its recognition is inherently subjective and contingent upon the specific circumstances of an incident. For example, Prakash Kona (2011) examined violence through a hermeneutical lens, arguing that its understanding requires considering power dynamics, historical contexts, and subjective experiences, emphasizing that violence's recognition is subjective and depends on specific circumstances and broader societal implications.

Moreover, the importance of consent and the reliance on internal feelings and self-confidence, as articulated by participants, support feminist perspectives that advocate for validating personal experiences as legitimate sources of information (Campbell et Wasco, 2000; Donchin, 2001). It also resonates with the broader discussion on patient autonomy and informed consent in healthcare settings (CEND, 2019; Friesen, 2018; Froidevaux-Metterie, 2018; Quéré, 2019). Participants in our study, echoing Em's insights, underline that not being informed or feeling pressured into consent can be perceived as forms of violence, a perspective in line with the challenges to traditional medical paternalism and calls for a more patient-centered approach in healthcare (Epstein et Street Jr, 2011; Talukdar, 2020).

Finally, the idea that negative experiences are considered violent if perceived as such by the individual extends the understanding of GV beyond objective assessments to include subjective experiences. For example, a participant's narrative illustrated that an act of clumsiness could be dissociated from violence if acknowledged and rectified by the provider. This echoes a paper from Robbennolt (2009), which argues that apologies from physicians – an acknowledgement of a fault and expression of regret – can decrease blame and anger while enhancing trust and relationships.

This study contributes to the conversation by highlighting the complexity of GV within gynecological health services, advocating for a more empathetic and nuanced approach to healthcare that acknowledges the subjective realities of those who experience the phenomenon.

5.5.1 Implications and recommendations

The study's findings underscore the importance of promoting patient-centered care. Healthcare providers should actively listen to patients, address their concerns, and ensure they feel heard and supported

throughout their care journey. Strategies to promote patient autonomy and informed decision-making should be implemented to prevent experiences resembling GV.

To combat instances of gaslighting and power imbalances in healthcare interactions, training programs for providers should include modules on recognizing and addressing abusive behaviors. This could foster healthier provider-patient relationships and reduce instances of GV by minimizing power dynamics.

The systemic issues identified in the study, such as providers' biases and a lack of holistic patient care, call for comprehensive policy reforms. These should aim to create a healthcare environment that is safe, respectful, and attuned to the rights and needs of patients. Healthcare institutions should conduct regular self-assessments to identify and rectify structural issues that enable negative patient experiences. Promoting a culture of accountability and transparency within healthcare organizations is essential.

Given the intersectional nature of the experiences described by participants, providers and institutions should be aware of the unique challenges faced by marginalized and socially disadvantaged groups. An intersectional feminist perspective can guide efforts to promote equity and inclusivity in healthcare.

Patients' perceptions of experiences as violent were influenced by cognitive and emotional processes (e.g., awareness of internal feelings and introspective questions to self-assess the acceptability of encounters). Healthcare providers should be trained to recognize these processes and communicate empathetically. Additionally, patient education initiatives can help individuals better understand and articulate their concerns, fostering a collaborative and respectful care environment.

Empowering patients stands out as a pivotal recommendation. By providing resources and support, patients can be better informed about their healthcare rights and the standards of care they should expect. Encouraging their feedback and providing platforms for their voices to be heard are crucial steps toward an improved healthcare system. Establishing trust and transparency in healthcare relationships is important. This involves open communication and a commitment to learning from past shortcomings.

There is a need for further exploration of various aspects of GV, including survivors' needs, strategies, resistance, and resilience; GV's repercussions; conceptual links between different forms of violence; perspectives of healthcare providers; effectiveness of prevention and awareness interventions; impacts of inclusive services; and efficacy of policies and laws.

5.5.2 Limitations

To ensure scientific rigor and reproducibility, it is crucial to acknowledge this study's main limitations. The recruitment method introduces biases, as participants, more educated than the average Quebecer, share similar traits, including well-articulated political and social ideologies. However, this situation does not detract from the exploratory aims of the study, which was not intended to be representative.

The study's sample, though diverse, falls short of fully representing intersectional perspectives, notably lacking racialized experiences. This gap likely stems from recruitment challenges amid the COVID-19 crisis, as community organizations serving marginalized groups prioritized immediate needs like food and shelter over study participation. Despite this, the study still captures various intersectional positions and achieves its goal of focusing on subjective realities. Future research could delve deeper into intersectionality by examining a case study of an individual facing multiple social disadvantages.

Finally, collecting participants' subjective identity and social positioning in interviews was a political decision to grant them greater freedom of self-expression. While aligned with highlighting subjectivity and agency, this approach hinders direct experience comparison due to the absence of shared parameters. Future research could use predefined identity categories like gender and sexual orientation for a more structured yet flexible intersectional analysis.

5.6 Conclusion

This study adds to the body of knowledge and helps tackle GV. Its queer approach shows the generally neglected presence of non-cisgender and non-heterosexual individuals in gynecological health services. By focusing primarily on gynecological rather than obstetric violence, it offers one of the first detailed, experience-rooted descriptions of this phenomenon. By describing GV more tangibly, this study thus facilitates its identification and detection by those centrally affected by the phenomenon. The results offer valuable pointers for intervention and action, providing guidelines for the future.

CHAPITRE 6
ARTICLE 2 (OBJECTIFS 2 ET 3)

Title: A qualitative understanding of the impact and needs arising from gynecological violence

Abstract: Amidst the growing global initiatives aimed at combating gender-based violence, the medical field's scrutiny for sexism and disrespect has intensified. This study adopts a qualitative approach to explore gynecological violence (GV). Nine participants from Québec, Canada, shared their experiences through individual semi-structured interviews, shedding light on the profound repercussions of GV on their lives and their needs as survivors. This research uses a reflexive thematic analysis to unveil the intricate aftermath of GV experiences on those who have endured them. The narratives shared by participants reveal the myriad ways in which GV disrupts lives, leaving survivors grappling with a spectrum of psychological, relational, and physical challenges. Additionally, this study explores their needs, emphasizing the importance of protection, positive models, empowerment, holistic care, solicitude, acknowledgment, and the quest for meaning in their experiences. This research underscores the imperative for healthcare providers to reassess their approach, recognizing the importance of empathy and humility in supporting survivors of GV.

Keywords: gynecological violence; reflexive thematic analysis; critical thinking; intersectional feminism; queer theory

6.1 Introduction

Gynecological violence (GV), sometimes presented together with obstetrical violence (OV), is being increasingly recognized and condemned worldwide (Commission sur l'égalité et la non-discrimination [CEND], 2019; Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes [HCE], 2018). This can be observed through media coverage (e.g., Begum, 2020; Bernier, 2017; Bullens, 2021; Caron, 2020; Drouin, 2023; Gabbatt, 2020; Goldberg, 2020; Jolin-Dahel, 2023; United Nations, 2018), political organizations' reports (e.g., CEND, 2019; HCE, 2018), various hashtags on social media platforms (e.g., #MeTooPelvic), and community organizations' campaigns such as the call for personal accounts from La collective du 28 mai (2019).

Despite the public uprising against GV (Vuille, 2016), there remains a gap in research regarding its implications for survivors, notably the consequences they endure and their needs. Understanding these would help the development of appropriate interventions and care policies to support them. Therefore, the focus of this paper is to document the repercussions of GV as perceived by survivors and their needs in terms of sexual-reproductive care.

6.1.1 What is GV?

GV has not yet been extensively studied. What we know about GV, we know it through journalists (e.g., Bernier, 2017; Bienaimé, 2018), artists, activists, and community organizations (e.g., Auto-défense gynéco, 2016; Faure, 2018; La collective du 28 mai, 2019; Omélianenko, 2015), essay authors (e.g., Cooper Owens, 2017; Déchalotte, 2017; Delcourt, 2021), political organizations (e.g., CEND, 2019; HCE, 2018), and one study from Cárdenas-Castro et Salinero-Rates (2023) that has focused specifically on GV. We can also draw parallels with similar violence, such as OV, which has been studied more than GV (see, for example, the systematic review from Bohren *et al.*, 2015).

According to these sources, GV encompasses diverse forms of physical, emotional, or sexual violence occurring within the context of sexual-reproductive health care (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023). It is perpetrated toward patients by healthcare providers across different specialties who may not have intentions of being violent (HCE, 2018; Marcilly & Mauri, 2018).

Examples of GV, provided by the International Planned Parenthood Federation (2022) and the CEND (2019), include shaming or judgmental comments, forced genital examinations, unnecessary procedures

(e.g., routine episiotomies), denial or delayed medical care (e.g., denying assistance or guidance to someone seeking abortion services), sexist attitudes, brutality, stigmatization, marginalization, patient rights violations, contempt, and disregard for pain.

6.1.2 How widespread and prevalent is GV?

In recent years, the issue of GV and disrespect in healthcare settings has garnered significant attention globally, evidenced by social media campaigns and empirical research. For example, the hashtag #PayeTonUtérus, initiated by a French student in 2014, catalyzed over 7,000 disclosures of negative gynecological healthcare experiences within 24 hours (HCE, 2018). This sparked the emergence and spread of similar hashtags in various languages and multiple countries (HCE, 2018), such as #prekinimošutnju (Croatian), #genoeggezwegen (Dutch), #bastatacere (Italian), #Másállapotot (Hungarian), #MinäMyösSynnyttäjänä (Finnish), #STOPVGO (English and French), and #MeTooPelvic (English).

To our knowledge, there is only one study that has measured the prevalence of the phenomenon (i.e., using the term “gynecological violence” specifically). Conducted in Chile, this research found that 57.9% of the 1503 surveyed individuals experienced GV, with disparities observed across demographic groups: 61.9% among individuals under 34, 71% among non-heterosexuals, 72% among indigenous women, and 83.3% among Afro-descendants (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023).

Even without the use of the term gynecological violence, other studies can provide valuable information on issues pertinent to the phenomenon. For instance, gynecology patients in the Nordic countries have reported experiencing abuse in healthcare settings. In a sample of 3,641 participants drawn from five gynecological departments across Denmark, Finland, Iceland, Norway, and Sweden, the reported lifetime prevalence of experiencing any form of abuse in healthcare ranged between 13-28% (respectively Norway and Iceland; Swahnberg, Schei, *et al.*, 2007).

Obstetric violence, a specific manifestation of GV during the perinatal period, has been sufficiently studied to reveal prevalence rates across various countries. In the United States, Vedam et al. (2019) identified a 17.3% (N=2,138) prevalence of mistreatment, including loss of autonomy and verbal abuse. Similar findings were reported in Nigeria by Farouk et al. (2021) with a 32.3% (N=360) prevalence, and in Mexico by Castro & Frías (2020) with a 33.3% (N=24,126) prevalence, highlighting issues such as verbal abuse, failure to meet professional standards of care, and non-consensual medical procedures. The prevalence

rates climb higher in other regions, with Ismail et al. (2023) documenting 41.6% (N=722) in the Gaza Strip, Arias Fuentes et al. (2022) noting 41.8% (N=17,211) in Ecuador, and Malet et al. (2020) finding 44% (N=506) in France, encompassing a mix of verbal, physical violence, and lack of informed consent. Rates soar to 65.3% (N=1,854) in Ghana (Yalley *et al.*, 2023), 67.4% (N=899) in Spain (Martínez-Galiano *et al.*, 2021), and even higher in Ethiopia (75.1%, N=409; Mihret, 2019) and Turkey (76.4%, N=1,854; Aşci et Bal, 2023), including a range of abuses from non-consented care to physical abuse and neglect.

These findings not only reflect the widespread issue of OV but also suggest potential parallel abuses within broader gynecological care. The pervasive nature of the phenomenon, as evidenced by both social movements and empirical research, underlines a disturbingly common violation of human rights in healthcare. Its prevalence rates and global ubiquity are alarming, prompting concerns about its consequences for survivors.

6.1.3 GV's consequences: what we know

According to Cárdenas-Castro et Salinero-Rates (2023), GV's primary effect is to diminish or suppress patients' autonomy. This is corroborated by a study from Swahnberg, Thapar-Björkert et Berterö (2007), which reveals that women encountering abuse in healthcare tend to feel powerless. Cárdenas-Castro et Salinero-Rates (2023) explain that GV betrays the patients' trust in the healthcare system, which can be profoundly traumatizing because it is committed by those expected to provide care, not harm (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023). Due to fear, distrust, or trauma resulting from such violence, patients may avoid seeking necessary consultations, postpone important examinations, or even completely stop accessing gynecological healthcare services (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2023). This could lead to significant health risks, as regular gynecological care can be crucial for identifying and treating conditions like cervical cancer, sexually transmitted infections, and other sexual-reproductive health issues.

Although specific data on GV are sparse, the findings from OV research provide a foundation for understanding the potential effects of GV on survivors. The psycho-emotional repercussions of OV that have been documented include post-traumatic stress disorder (Castro et Frías, 2020; Simkin, 2011), depression, anxiety (Castro et Frías, 2020; Kukura, 2018), a sense of shame, and suicidal thoughts (Kukura, 2018). OV can also impact the relational and social life of patients by leading to anger toward intimate partners for not stopping the violence (Levesque *et al.*, 2016). OV can lead to conflicts within relationships, especially when there are disagreements between partners about medical interventions during pregnancy

and childbirth, leading to a lack of trust and reliance on each other (Levesque *et al.*, 2016). OV was linked to higher risks of morbidity and mortality among birthing individuals who, losing trust in the healthcare system, use it less (Lévesque *et al.*, 2018). It was also associated with worsening pain sensations during childbirth (Forssén, 2012), substandard care, distrust in health institutions and providers, adverse maternal and neonatal outcomes (Swahnberg *et al.*, 2019), and loss of autonomy and overall quality of life (Barata, 2022). In terms of sexual-reproductive health, OV was linked to genital pain during penetrative sex and a sense of powerlessness regarding sexual-reproductive health (Kukura, 2018). Finally, it was tied to consequences such as fear of pregnancy, traumatic flashbacks during sex, and reduced sexual satisfaction (Lévesque *et al.*, 2018).

These insights from OV research may also reflect the experience of GV survivors. However, it is imperative to acknowledge the uncertainties and gaps in directly transposing OV findings to the context of GV. While OV research provides a valuable foundation, there remains a critical need for dedicated studies on GV to fully understand and address the complex needs of its survivors, ensuring a healthcare system that is responsive and supportive of all survivors of violence in healthcare settings.

6.1.4 Navigating the aftermath of GV: survivors' needs

In addition to the knowledge acquired about the repercussions of OV, the literature informs us about the needs of the survivors, which helps guide the exploration of GV. First and foremost, the studies emphasize the importance of preventing and mitigating this form of violence (Sadler *et al.*, 2016; Swahnberg *et al.*, 2019).

Regarding interpersonal dynamics between caregivers and patients, survivors of OV need respectful and evidence-based care with trained providers to facilitate their sense of safety, trust, confidence, and respect (Perera *et al.*, 2022). They also need comprehensive and empathetic healthcare services that acknowledge the existence of OV and its repercussions, as well as physical, emotional, psychosocial, legal, and group support to promote healing and recovery (Castro et Frías, 2020). Individuals who were subjected to OV need obstetrical services that aim to empower them to make informed reproductive choices by providing accurate information, contraception, family planning counseling, and safe abortions (Castro et Frías, 2020). Additionally, they would benefit from developing and enforcing policies that promote respectful birthing care and hold providers accountable for instances of mistreatment (Vacaflor, 2016), as well as from community awareness and education about OV (Castro et Frías, 2020).

Research on OV provides a framework to draw inferences about the needs of GV survivors, acknowledging that both forms of violence significantly impact bodily autonomy and well-being within healthcare settings. However, the application of OV findings to GV requires careful consideration due to their distinct contexts.

One further insight we can draw from the literature to inform the collection of data on GV is the broader needs of all patients in gynecological health services. These include access to qualified specialists such as gynecological surgeons, oncologists, and radiation therapists (Erem *et al.*, 2020), who possess proficient skills and are supported by competent staff (Akinlusi *et al.*, 2022). Moreover, providing emotional, psychological, physical, sexual, and religious support and respect is essential (Afiyanti *et al.*, 2018; Duman *et al.*, 2021), alongside attentive listening, courteous behaviors, respectful consideration of patients' preferences, and sensitivities (Akinlusi *et al.*, 2022). Relief through psychosocial interventions and effective symptom management is crucial for alleviating suffering (Kamel *et al.*, 2021), as is maintaining positive attitudes and friendliness among healthcare providers to promote patients' well-being (Akinlusi *et al.*, 2022).

Additionally, timely services are paramount, requiring efficient retrieval of medical records, minimal waiting times, and sufficient consultation durations with healthcare providers (Akinlusi *et al.*, 2022). The accessibility of conveniently located healthcare facilities is also highlighted, alongside specific considerations for patients with disabilities to prevent delays in care initiation and reception (Horner-Johnson *et al.*, 2019). Furthermore, ensuring the comfort of patients through cleanliness, quiet environments, and the provision of amenities enhances overall well-being (Akinlusi *et al.*, 2022). The importance of maintaining patient confidentiality and privacy is underscored, as well as empowering patients through clear communication in plain language and fostering collaborative decision-making processes (Akinlusi *et al.*, 2022).

While these insights from gynecological health services provide a foundational understanding, it is essential to approach the direct application of these findings to GV survivors with caution. The specific experiences of GV survivors, including the context of violence and the potential trauma, may necessitate tailored interventions and support mechanisms not fully encapsulated by the broader needs of gynecological patients. Therefore, further research is warranted to better understand the specific needs and preferences of people affected by GV, ensuring that care models are appropriately adapted to support their recovery and empowerment effectively.

6.2 The present study

This paper focuses on documenting the repercussions of GV from its survivors' perspectives and exploring their needs in terms of sexual-reproductive care in the context of their experiences of this form of violence.

6.3 Theoretical and conceptual framework

This study is guided by intersectional feminist, queer theory, and critical thinking. Critical thinking highlights the political nature of research, urging researchers to consider its impact on knowledge creation and dissemination (Sensoy et DiAngelo, 2017). It involves questioning established paradigms, recognizing researcher influence, and uncovering power dynamics within specific contexts. Applied to a study on GV, it unveils systemic issues, addresses potential exclusions, and promotes social justice (Fortin et Houssa, 2012; Sensoy et DiAngelo, 2017), challenging normative assumptions and fostering a more inclusive understanding of the phenomenon and its societal implications.

Intersectional feminism, pioneered by Kimberlé Crenshaw (1991) and prior black feminist scholars (Davis, 1981; Hill Collins, 2022; hooks, 1984), analyzes how intersecting social identities (e.g., race, gender, class, sexuality, ability) shape oppression and privilege (McCall, 2005; Thomas, 2020). This framework highlights the interconnected nature of oppression, necessitating the consideration of multiple identities concurrently (Cho *et al.*, 2013; Crenshaw, 1991). It addresses challenges faced by individuals with marginalized identities, promoting inclusivity and social justice (Bilge, 2013), and prioritizes the voices of marginalized groups in feminist activism (hooks, 1984). Applying intersectional feminism to GV research involves recognizing the impact of intersecting identities, centering marginalized voices, informing policy advocacy, and providing nuanced and inclusive insights.

GV exists within the emerging realm of queer gynecology, which addresses the unique healthcare needs of sexual and gender minorities (Layland *et al.*, 2020; Wingo *et al.*, 2018). Heteronormativity and cisnormativity in healthcare providers' knowledge can lead to barriers to accessing care (Bryson *et al.*, 2020; Burkhalter *et al.*, 2016; Hiestand *et al.*, 2007). Discrimination and stigma worsen these challenges (Freckler *et al.*, 2018; Lacombe-Duncan *et al.*, 2022; Simoni *et al.*, 2017). Embracing the insights of queer studies, particularly Judith Butler's critique of rigid identity categories, we recognize that the concept of a "female body" is overly simplistic (Butler, 1990, 1995). To ensure inclusivity, feminist and queer studies encourage focusing on diverse experiences (Ollivier et Tremblay, 2000). Our framework recognizes diverse

gender identities and aims to promote inclusive, equitable gynecological care for all, irrespective of gender or sexual orientation.

6.4 Methods

6.4.1 Participants and recruitment

The virtual sampling approach in this study, based on intentional recruitment strategies (Gill, 2020), targeted specific sub-populations to represent their unique experiences. Inclusion criteria were: (1) age 18 or older at the interview; (2) proficiency in French; (3) experience with gynecological health services related to violence (e.g., abuse, lack of consent, discrimination); excluding those exclusively with obstetrical violence experiences. The sole exclusion criterion applied was individuals who had exclusively experienced obstetrical violence. To enhance participation, we partnered with six organizations supporting disadvantaged populations, who helped distribute our recruitment calls through their social media (snowball effect could ensue here through sharing options), website, and newsletters.

6.4.2 Data collection

In our initial study, participants underwent a 90-minute semi-structured interview covering themes related to their identity and social positioning (e.g., “Tell me a little about yourself so that I can better understand your reality. What characterizes you or your identity, what makes you similar to or different from others?”), the aftermath of GV (e.g., “Describe to me what happened in your life after you experienced the events [of GV].”), and their needs (e.g., “What has helped you or could have helped you in dealing with your experiences or in meeting your needs?”).

We strategically placed emotionally charged questions halfway through the interviews, following Baumbusch's (2010) recommendation. The interview questions were designed to be open-ended, clear, and conducive to spontaneous, detailed responses. They underwent revisions by the second author and were tested by a team member (Kallio *et al.*, 2016) to enhance clarity and minimize assumptions. We used primary and follow-up questions to thoroughly explore participants' experiences (Baumbusch, 2010; Kallio *et al.*, 2016). Due to COVID-19 restrictions, we conducted the interviews via Zoom.

6.4.3 Analysis

Using reflexive thematic analysis, we draw upon the framework established by Braun and Clarke (2006, 2019a, 2021a, 2021b) that integrates well with critical thinking and feminist ideas. Braun and Clarke highlight that an analyst's subjectivity is simultaneously a valuable asset, a primary analytical device, and a limitation necessitating external evaluative feedback (2021a). Their reflexive method emphasizes the analyst's active role in shaping themes from the data rather than merely uncovering them. This stance encourages analysts to be forthright and introspective about their subjectivity and its influence rather than seeking agreement among analysts (Braun et Clarke, 2019a).

The procedure we followed is based on some of their most recent writings on the subject (Braun et Clarke, 2021a). The first step was to familiarize ourselves with the data. To do this, we first transcribed interviews and read them thoroughly several times while notes were taken to identify ideas, recurrences, and apparent patterns. With the assistance of NVivo, we identified units of meaning²⁹ and assigned codes³⁰ to these units. Then, we grouped similar codes to generate the first themes³¹. Those were subsequently reviewed for relevance, depth, and nuances to ensure they were consistent with and representative of the data. After that, the themes were clearly defined so others could understand them. They were each given a final explanatory and meaningful title reflecting their content and were subsequently organized based on their importance and mutual relationships. Following this, a report was written to present the themes, their definitions, the relationships between them, and their overall significance, supported by interview excerpts to illustrate them. Finally, the coherence of the entire report was reviewed to ensure that the themes were linked to the data, that they served their objectives, and that the analysis was logical and complete. It should be noted that reporting the frequency of themes in the results is not recommended and is even criticized by Braun and Clarke (Braun et Clarke, 2013, 2021a; Clarke, V. et Braun, 2018), so we did not do that.

29 A discrete, meaningful portion of textual data that can be considered an indivisible unit of meaning. It is a fragment of text (a partial or complete sentence or group of sentences) that captures a specific idea, concept, emotion, or experience expressed by a participant.

30 A descriptive label or short term assigned to a specific unit of meaning in textual data. Codes serve as a basis for the first stage of organizing the data by identifying key ideas, concepts, motifs, or elements that emerge in a recurring or significant way.

31 A broader idea constructed from the analyst's understanding of the codes. Themes are more significant categories that capture the central ideas or issues running through the data. They are formed by grouping and organizing similar codes around common concepts.

6.4.4 Ethical considerations

Approval for this project was granted by UQAM's ethical committee on June 17, 2021, with two subsequent annual renewals. We used and adapted the Ethical Guidelines for Research Involving Transgender People & Communities (Bauer *et al.*, 2019) to support the study's queer approach. We employed Qualtrics for the collection of information and consent. The information emphasized voluntary participation, the right to withdraw consent, and the safeguarding of confidentiality. We provided a list of psychosocial support resources to participants. We did not offer financial compensation.

6.5 Results

First, the results provide an overview of the participants' profiles and history with gynecological health services. We then present the profound and multifaceted impacts of GV on participants' lives, followed by the multiple needs they expressed.

6.5.1 Participants profiles

Nine individuals participated in this study. Table 1 provides an overview of their profile and the axes of social oppression related to their experiences of GV.

Table 6.1 Participants profiles

Participant	Age	Relationships and family	Education (field) and job field	Oppressions related to the experiences of GV
Charlie (cis woman)	40s	1 male partner, No child	Ph.D. (Spirituality), Spiritual care	Ableism, geographical/spatial inequality, sanism, sexism
Dany (cis woman)	25	1 male partner, No child	B.A. (Arts and Communication), Entrepreneur	Ageism, geographical/spatial inequality, sanism, sexism
Em (cis woman)	27	1 male partner, No child	Ph.D. (Social Sciences), Researcher	Ableism, ageism, heterosexism, sanism, sexism
Gab (cis woman)	Not disclosed	Used to have 1 male partner, No child	Not disclosed, Immigration and education	Ableism, classism, sexism
Joe (cis woman)	48	Not disclosed, 2 children	M.A. (Not disclosed), Education	Classism, fatphobia, geographical/spatial inequality, sexism
Max (cis woman)	34	1 male partner, 1 child	Not disclosed, Education	Fatphobia, geographical/spatial inequality, sanism, sexism
Pat (cis woman)	40	Not disclosed, 2 children	Ph.D. candidate (Not disclosed), Public services and communication	Ageism, geographical/spatial inequality, nationalism/xenophobia, sexism
Sam (cis woman)	32	1 male partner; monogamous, 1 child	Not disclosed, Unemployed (previously self-employed)	Ableism, classism, sanism, sexism
Vic (non-binary)	28	Not disclose; not heterosexual, No child	Technical diploma (Not disclosed), Community worker	Ableism, cissexism, classism, fatphobia, heterosexism, sanism, sexism

6.5.2 Repercussions

GV had diverse and profound impacts on the lives of the participants. These encompassed a shift in their outlook on healthcare, psychological and somatic implications, challenges in their social bonds, and bodily alienation.

6.5.2.1 Changing perspective on healthcare: from hopefulness to cynical distrust

The participants lost trust in the healthcare system and its providers because of GV. Gab said: “It sure affected me negatively. A big loss of trust in myself [and] in the health care system.” This loss of trust prompted shifts in participants’ behaviors. Max said: “I was scared. I was really scared before I entered [the doctor's office]. I was always texting my boyfriend, ‘I’m going in. In 5 minutes,’ you know, like I wanted him to know I was in there.”

Behavior shifts included avoidance, where participants deliberately refrained from engaging with providers to protect themselves from negative experiences. This is something Joe did: “Then he said, ‘I’ll give you a prescription to the gynecologist so you can have that [heavy bleeding] checked up. It worries me.’ And I never went. [...] I never went because I was too scared.” Her preference to forego further medical assistance, despite a potential health issue, underscores a profound loss of trust in the healthcare system. Distrust led to avoidance because it transformed her perception of these services from being healing to threatening, instilling fear for her safety.

Experiences of GV also led participants to modify their behavior by self-silencing, which entailed concealing their thoughts, emotions, and authentic selves to avert potential conflicts. Sam explained:

I don't want to say anything because I always feel like there's some kind of mini punishment that's hanging over my head. So, I held back my tears for the rest of the appointment. [...] I held back my tears until I was in my car, and then I broke down. I was like, I can't talk to them anymore. [...] Honestly, I'm at the stage where I can't take one more rejection. I just can't do it. For me to stop crying in front of them... as someone who's pretty uh... if I have to cry, I'll cry. But now, it's like: "I won't give you the opening to say that 'I'm sensitive' or you know... I don't even want to give you that." Now, I just don't say anything and pretend everything's fine. Because if I don't, they'll keep saying that it's all in my head, that I'm in depression, that this, that that...

Sam’s reluctance to express vulnerability or seek help reflects a learned defense mechanism against a system perceived as dismissive and punitive. Her story reveals a pattern of silence and suppression, where

she feels compelled to hide her emotional responses to avoid further invalidation. This coping strategy, while protective, also signifies an internalization of the stigma associated with emotional expression.

The erosion of trust observed among the participants even extended beyond them, affecting their partners, acquaintances, family, and friends as they shared their encounters. Talking about her partner, Charlie said, “He saw [the GV] and was like, ‘What? They do that?’ He didn't understand and said, ‘Hey, that doesn't help me trust the healthcare system.’ He already didn't want to go there too often. ‘Hey, you're pushing people away!’” Charlie's experience suggests a domino effect. The way her partner perceives the situation underscores a larger societal problem: GV inflicts harm beyond the immediate survivors by corroding the foundational trust necessary for the healthcare system to function efficiently.

6.5.2.2 Invisible wounds in the emotional landscape: trauma and its body-mind implications

Participants disclosed many mental health challenges stemming from GV, including nightmares, flashbacks, insomnia, diminished self-esteem, and heightened startle responses. They extensively discussed the emotions experienced during and after these events, encompassing disgust, fear, powerlessness, shame, guilt, despair, and anger. Dany recounted the events following a GV experience and the evolution of her emotional state after that:

I just couldn't take it anymore. I could hardly breathe, so I went outside. It's not like me to complain about pain, normally. I can take it. But this was just too much. I remember: my boyfriend was waiting for me and I couldn't get into the car right away. I was hyperventilating. I was sure I was going to throw up. I felt overheated... [...] I remember the next two or three nights, I had trouble falling asleep. I was thinking about it and having flashbacks of how much pain I was in. I couldn't stop playing it over and over again in my mind. Now, I'm okay, but I'm still... I'm already apprehensive about having it replaced five years from now. I already have a really deep fear, an anxiety, when I start thinking about it.

The account vividly describes the psychological and emotional toll of GV. The immediate stress response transitions into enduring mental repercussions, marked by trauma-like symptoms as well as a deep-seated fear of future encounters.

Like Dany, other participants' emotional and cognitive responses translated into physical discomforts and behaviors, such as trembling, headaches, stomachaches, hyperventilation, sensations of heat or nausea, and even vomiting. Several participants disclosed receiving psychiatric diagnoses after experiencing GV, such as obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, anxiety, and depression. They

believed these conditions were directly caused or exacerbated by GV. Some felt traumatized, often likening their experiences to sexual violence. Pat reflected on the toll GV took on her mental health:

You feel like you're going completely mad. You don't know it, but you're going completely mad. But you don't know it. It's like there's a gap between what you're experiencing and reality, and you keep on trying to fit in. [...] I think it's... there are more psychological consequences in my case than physical ones because the physical body is absolutely incredible. It can rebuild itself. The psychological, uh... has a harder time rebuilding itself.

Pat's insight captures the dissonance and disconnection from reality, illustrating a significant emotional repercussion. It emphasizes the enduring nature of psychological trauma compared to physical injuries, suggesting that while the body heals, the mind struggles to recover.

6.5.2.3 The interpersonal shadow of trauma: challenged social interactions and roles

Participants found navigating social interactions with intimate partners, family members, and male healthcare professionals particularly challenging as a result of GV, which also affected their ability to fulfill roles as parents and professionals. For some, the struggle manifested in a detachment from their sexual relationships, a diminished sexual interest, and a reluctance towards physical contact. Dany explained:

My boyfriend was amazing, but I was really, like, "I don't want anyone touching me right now. We just can't. It's too much." My bubble [personal space] was too big... [...] the intimacy, the cuddling, uh... the act [sex], too, it was just too much, really. I was just trying to cope and stop things from replaying over and over in my head.

Her insight shows the impact of GV on personal intimacy and relationships, illustrating the struggle with physical and emotional closeness. It emphasizes the need for a supportive environment as survivors navigate their boundaries and sense of safety.

The social repercussions of GV extended beyond the immediate physical and emotional impact, sometimes going as far as altering survivors' approach to relational configuration and sexual orientation. For instance, the consideration of non-monogamy by Sam as a means to accommodate their partners' sexual needs without personal involvement highlights how GV can shape survivors' intimacy and partnership. Similarly, Em's exploration of same-sex relationships to avoid the pressures of penetrative sex underscores the significant alterations in sexual identity and behavior that can arise from efforts to navigate GV's after-effects:

Of course, sex isn't just about penetration, [...] but when you're a young straight woman, you're told that it's pretty much the only thing guys want. And you're told that if you don't give [them] that, they'll leave. So I thought, "Well... women, maybe? Maybe a woman would be a better option? She won't mind if we don't have penetration. So I was like, "OK, let's find out." [...] But you know, I'm not attracted to women. I just... [sigh] I thought, "Damn! This may be my only chance. I'll give it a shot. Maybe one of them will attract me." [...] I really tried to get around the problem so I wouldn't have to address it. And uh... well, I kept potential male partners at bay.

The social repercussions of GV, as described through the experiences of participants like Sam and Em, illustrate the alteration of individuals' personal and sexual identities. Their strategies to circumvent the trauma highlight the lengths to which survivors go to preserve their relationships and sense of normalcy despite societal norms.

Beyond intimate relationships, GV had repercussions on participants' interactions within their social networks. They encountered emotional detachment, isolation, feelings of being misunderstood, and invalidation, as if GV had established a rift with the external world. Vic said:

What I've chosen to do with [my experience] is to reflect on it a lot, to work on understanding it, to read about it. But it leads to a lot of frustration to see that in my daily life, while I've thought a lot about the violence I can experience with a gynecologist, there's a clash with my entourage, for example, who trivialize it a lot, and people in general, who, "Well, no, it's not fun to go to the gynecologist, but it's normal, and that's it.", you know? I'd make a comparison with someone who reads a lot and learns a lot about rape culture, which gives them a certain empowerment because they understand it better, except it also leads to a clash because others around them haven't made that progress, so it creates a lot of confrontation.

Vic's experience with GV and their journey towards comprehending its impact highlight a pervasive societal issue: the widespread hesitation to acknowledge and confront ingrained biases and systemic violence. This broader issue is further exemplified by Sam's experiences, marking another case of social disconnection. After enduring gaslighting from healthcare providers, Sam faced additional skepticism from her partner and her mother, who leaned more toward the doctors' assessments rather than her firsthand accounts of her symptoms:

[My partner] was told that I had adjustment disorders and that I was depressed and that I had an enormous anxiety disorder, by the providers, in my face. And I was like, "Stop it. That's been treated for years. That's not it." [...] For a while, honestly, he didn't believe me because he had been told not to, just like my mother. It was the same pattern. But after seeing the bleeding firsthand, after seeing all those things, he was like: "Fuck, um... okay, you really have something, and they're not listening to you."

Sam's experience shows how GV can strain personal relationships. Having her symptoms dismissed as psychological by healthcare providers undermined her credibility and led to doubt and disbelief from her support network, exacerbating her isolation and challenging her efforts to seek validation and care.

Subsequent to GV incidents, many participants voiced apprehensions regarding male and older healthcare providers, attributing these concerns to perceived discrepancies in values. They wanted healthcare providers whose views and approaches resonated more closely with their own and associated masculinity and age with an increased risk of experiencing GV. Max said:

Every time I had a male doctor, I'd freak out. It was as if I associated 'male gynecologist' with 'mean gynecologist.' [...] Ever since I've experienced the problem, when it's a man, I don't feel good. It's stupid, but I'd rather have a woman. [...] I have the impression that men have less understanding of women.

Max's perspective underscores the importance of aligning provider-patient values and preferences to foster a more comfortable and trusting healthcare environment. This inclination suggests a need for a healthcare system that is more aware of gender oppression and that promotes a culture that is both empathetic and just, which finds echoes in Gab's perspective:

In my relationships with men, it really, really wasn't easy. [...] Trust is really difficult. [...] Doctor [name], who's a woman, was very cold, not very empathetic, and yet I still felt respected. I wasn't afraid to express myself. When I'm with the other [male] doctor, I'm nervous. [...] It's in the masculine attitude. There's something malignant about it that feels like a power takeover. [...] It really shook my trust in men.

Gab's altered trust in men and heightened anxiety in male-dominated interactions indicate a shift in her perception of gender relations. The contrast in her comfort levels with different healthcare providers based on gender underscores how GV can reinforce gender-based power imbalances and create a lasting, negative influence on a person's social well-being.

GV also affected participants' professional lives, impeding their ability to fulfill responsibilities and impacting their academic and career aspirations. For example, Charlie described how inadequate response by healthcare providers to her gynecological health problems led to physical and psychological repercussions that resulted in her needing sick leave. Even if she was eventually able to return to work, the repercussions indirectly contributed to her losing her job: "They abolished my position." She believed it had to do with her prolonged absence.

As for participants who have children, they all reported that their experiences of GV negatively impacted their parental role. For instance, Joe's mistrust of healthcare practitioners delayed her decision to have another child, while Pat's lost confidence resulted in obsessive-compulsive disorder and fears of harming her child. Even Dany, who did not have children at the time of her participation, said:

I remember, during the [IUD replacement], it hit me because I said to myself... It doesn't make sense to think something like that, but it hurt so much that I remember, it was clear, it was a decision, I thought: "Hey, I don't want to have a baby. It hurts so much, and I feel treated so... like... not like a human, you know... [...] If this is what having a baby is like, I don't want to have one." I remember thinking that.

Dany's account underscores how intense physical pain and a sense of dehumanization during the procedure led to a profound personal resolution against motherhood. This response encapsulates the broader consequences of GV, where the traumatic experience not only affects immediate physical well-being but also influences life choices and parental projects.

6.5.2.4 The broken body: alienated embodiment

Participants discussed multiple bodily repercussions during the interviews, pain being the most common one. It could manifest as discomfort (e.g., burning or pinching sensation) during sexual interactions or permanent genital pain, as well as an inability to experience physical pleasure during sexual activity. Sam shared: "We had a really intense sex life at the beginning, you know; I wasn't in pain at the time."

A few participants also experienced bodily trauma, including extreme vaginal and anal lacerations, bleeding, permanent or ongoing physical effects such as scars, and urinary or anal incontinence. Recounting her childbirth, Joe said:

I had signed an episiotomy refusal; she performed one anyway. I tore up all the way. [...] She was like super frustrated. She grabbed the forceps and pulled my daughter out. [...] She performed the episiotomy because she was fed up with how long it was taking, and then she sewed me up like a savage because she was pissed off at me. It was like my punishment, you know? She didn't say that, but... That's what I felt.

Then, she explained how that experience of GV affected her body and body image:

You know the scars in the pirate movies? That's what I had... edge to edge. I remained traumatized by that, and afterward, it changed my life. [...] I was incontinent from both ends. I was in pain. It was terrible. Sitting down was difficult. I had trouble walking. And it never

completely went away. I was left with major sequelae. I mean, I could eventually walk and everything, but my body never recovered completely. [...] And I felt scarred. [...] I feel scarred in my femininity. I don't feel attractive anymore. Dressed up, it's okay, but making love, afterwards, it's never been the same. I can't do oral sex anymore. I can't do it at all anymore. I get anxious. Even masturbating is difficult. Not impossible, but definitely more difficult. [...] It's as if I lost the comfort I had with my body.

Joe's narrative emphasizes the violation of her expressed wishes and the aggressive intervention by the healthcare provider, resulting in a profound and lasting alteration in her body image and quality of life. It illustrates how GV can inflict long-lasting bodily and emotional scars.

In contrast, Pat's experience, although similar, highlights negligence and a lack of care rather than an aggressive intervention. Her doctor's distracted suturing while on the phone led to improper wound care, an infection, and a lasting physical reminder: "On one of my labia, I still have a hole from something that they didn't suture. It's really weird. It looks gross." She explained that she was not taken seriously when she went to the emergency services upon realizing something was wrong. This exemplifies the healthcare system's failure to adequately consider, address, and validate gynecological health concerns, leading to delayed or improper care. Pat's description of her vulva as "gross" also reveals a negative shift in body image.

6.5.3 Patients' needs for better gynecological healthcare

Participants communicated their needs in terms of sexual-reproductive care in the context of their experiences of GV. We created seven themes to organize their insights. They revolve around protection and safety, acceptable models of care, power, holistic care, solicitude, acknowledgment of GV, and attribution of meaning.

6.5.3.1 I need protection and security

Participants emphasized the need for systemic changes to combat GV and dismantle the prevailing "culture of permission." This concept, coined by Joe, captures a pervasive atmosphere where healthcare practitioners seemingly possess unchecked autonomy over their actions.

Participants advocated for a healthcare environment that respects patient autonomy, ensuring privacy, confidentiality, and the right to consent. The call for a responsive, accountable healthcare system was clear, highlighting the importance of ensuring that patients' voices—be it in the form of refusals, protests,

or complaints—are heard without the threat of retaliatory consequences. Moreover, participants valued the option to be accompanied by trusted individuals during medical visits to enhance their sense of security. There was a strong demand for accountability for misconduct among healthcare providers and a shift towards a patient-centered remuneration model, moving away from profit-driven motives to prioritize patient well-being. Max said:

You know, the doctor who delivered my baby got like 2,000 bucks. I was like, "Oh, she got 2,000 bucks!" [Laughs] It's really terrible, so I'm thinking, uh... There were like three or four billings. I was like, "Oh, come on!" So every time you have an extra risk, or you know... there's money. So maybe changing how they're remunerated could have an impact because it would be money versus time.

A strict zero-tolerance policy for any form of aggressiveness in care was also highlighted. Essential to this vision is healthcare providers' proficiency in both understanding and practically applying consent in clinical practices, coupled with an attitude of humility to foster open communication and improve care quality. Vic said:

They're told that they have to respect us, that we have the right to consent to our care, and that they have to respect our consent, but obviously, in concrete terms, they don't really know what that means, or at least, it seems malleable, or it seems... It should be systematic.

Key measures proposed include establishing transparent feedback mechanisms for patient complaints, legal resources for patient support (similar to those in domestic violence cases), and monitoring systems for post-service quality control. Embracing a "community gynecology" model was suggested to build supportive networks for gynecological health, akin to community pediatrics. Additionally, enhancing providers' working conditions and addressing administrative structures that may be complicit in patient vulnerabilities were seen as vital to safeguarding patient well-being.

6.5.3.2 I need acceptable models of care

The participants' initial experiences with gynecological care significantly shaped their perception of what a typical consultation should entail. Unfortunately, these early encounters often disillusioned them due to a lack of positive experiences. To evaluate the appropriateness of their experiences, participants relied on their personal and professional values and behaviors as a standard of comparison. Vic said:

I work in intervention, and I think that one of the primary parts of my job is to make sure not to discriminate against people. Well, I constantly undergo training to make sure I'm up to date and to reflect on it all the time and to... you know. They should do the same thing.

Furthermore, participants turned to various forms of media content, such as books, essays, TV shows, online research, and podcasts, to inform their expectations and establish benchmarks for the treatment they believed they should receive from healthcare providers. They emphasized the importance of having clear reference points that would enable them to validate their experiences when they encounter harmful or violent treatment. Dany explained:

Even if you don't know the limits, maybe you know *your* personal limit. When the gynecologist yelled at me, perhaps I should have answered her or said: "Hey, I want to see someone else. I don't think it's going to work with you." To be able to assume that your limit is the right one. Not the one that society, or whoever raised you, dictated to you. It will be a challenge because it does not come naturally to me in that context. But it is about being aware that even if there were no actual rules in this area, I should know that once I have reached my limit, that's it. It's over. Nothing should be allowed beyond that point.

Participants suggested informing future patients, potentially during sex education, about optimal interactions with care providers to set expectations and establish a common standard of care. They believed that if norms collectively changed, it could improve healthcare treatment.

6.5.3.3 I need more power in my hands

Participants experienced a lack of power when they noticed they did not have everything required to consent appropriately. One of them, Gab, listed multiple ways in which gynecological health services could enable her to consent and thus feel more empowered through her care journey:

They'd take the time to explain the whole situation to you so that you can make a free and informed choice. They'd also give you time to think before accepting treatment. They'd explain every step of the way if they were doing an examination. They'd ask for your consent at every stage of the interaction. They'd give you references and information. They'd answer your questions in an informative way.

Participants suggested diverse strategies, including self-education to avoid helplessness and excessive reliance on providers. They envisioned a collaborative dynamic where providers actively listen to them, present various care options, and discuss the anticipated next steps.

Finally, they highlighted the significance of self-advocacy in alleviating their powerlessness, acknowledging healthcare providers' limitations in understanding individual needs. Charlie says:

Why must I spend so much energy to get what I need? You know... It's a good thing I had an education in interpersonal communication skills and counseling; All the training I have is incredible. And now, I know what my rights are, what to ask, and how, but I didn't realize that at first. That's when the violence started because I didn't defend myself. This is very serious!

Charlie's experience reflects a more extensive notion that individuals should be empowered to speak up for themselves and assert their boundaries, given that others may not always respect their rights – a problem that is neither their fault nor their responsibility. Nonetheless, by having some power over what they would accept or reject and knowing how they are comfortable to act when their limits and rights are violated, individuals can regain a sense of control and agency.

6.5.3.4 I need holistic care

Participants emphasized an integrated approach to gynecological health services, urging healthcare providers to acknowledge alternative solutions beyond Western medicine and to remain humble about their knowledge and skills. They highlighted the importance of admitting they do not have all the answers and stressed the importance of cultural diversity and reduced ethnocentrism. Pat said:

When I came [to Canada], the doctors decided to reject... I came back when I was 6 and a half, 7 months pregnant. They decided to reject everything. Everything that... the tests I'd taken there, the... I'd paid a lot of money to have my whole file archived so I wouldn't have to take the same tests again... they threw it all in the garbage. They started all over again. There was no discussion. It was really... I found it really racist.

Participants also strongly advocated for holistic gynecological healthcare, discouraging interventions made in silos. This entails interdisciplinary services and a broader understanding of gynecological health beyond genital aspects. Em explained :

I think that teams that are able to have adequate resources: nurses, people who talk to each other in physiotherapy, you know... the more you're able to have a medical team that's able to communicate... already, that's difficult. I know it's utopian, but when a team can communicate, it helps. It's a good thing.

Participants called for personalized treatment addressing psychological, sexual, and relational dimensions, rejecting fragmented approaches, and promoting collaborative communication within multidisciplinary teams.

6.5.3.5 I need solicitude from and for providers

Participants emphasized their need for solicitude in gynecological health services, which encompassed proactive measures to help them feel better during a consultation, empathetic attitude, dedicated attention, and giving importance to their emotional, psychological, and social situation, in addition to their medical situation. Their experiences highlighted the necessity for practitioners to anticipate their needs, given their potential difficulty in articulating them. These needs also apply to the attitudes of their loved ones and intimate partners. Talking about her ex, Gab said:

I would have liked him to take my hand, touch me, tell me... not even tell me anything. Just to be there and... to feel that he would help me and that we'd get through this difficult time, to feel reassured. Instead, I felt like I was bothering him. And especially because... yeah, basically, he didn't want to help me in this situation. He felt obligated, but... that's another thing, but yes, those things would have helped.

When envisioning ideal gynecological healthcare spaces, participants depicted patient-centered designs that foster relaxation. They suggested optimizing equipment and techniques for palpation and touch to minimize discomfort and vulnerability. Regarding sensory experiences, participants emphasized a preference for gentle stimuli. They stressed the importance of warm ambient temperatures, inviting aesthetics, and confidentiality through enclosed spaces and hushed voices.

Visually, they mentioned subdued, calming lighting and a representation of medical conditions without glorifying fertility or gender roles, aiming for neutral depictions that do not belittle illness. Sam said: "I'd put up posters of everything, [...] of pathologies... more diversity in what's represented [...] to show that even if you've got cancer, you're entitled to your own poster, you've got the right to semi-glow in your illness too."

In terms of interactions with caregivers, participants expressed a desire for human warmth, sensitive touch, reassurance, and gentleness. Many reiterated the significance of healthcare providers' understanding and responding to non-verbal cues. Ideally, they sought to minimize needless interventions, preferring their

bodies to be disturbed only when necessary. They requested advance notice about treatments' upcoming steps for better preparation. Vic summarized that quite well:

That there be some relaxing music, uh... that the decoration be warmer; more comfortable, more welcoming. And in terms of touch, just that they... I see it in two ways: that they warn us before they do anything, but also that we have, I don't know, a heavy blanket. You know, pressure blankets? It helped me a lot at one point. I think it was because she felt sorry for me. I did a biopsy, and it's really painful, and the doctor, while removing the tool, he dropped the piece of skin. So, he had to do another biopsy. I was in tears, and I didn't want him to do it again, so the nurse came and held my hand and stroked my hair at the same time. It helps, you know. It's hard.

6.5.3.6 I need acknowledgment about GV and gender-based violence

Participants underscored the gravity of GV, urging acknowledgment from healthcare institutions and society at large. They also stressed the importance of being believed by people to whom they disclose their experiences, as it bolsters self-confidence and validates experiences. Dany said:

It really reinforced the opinion I already had. The people I told about it, their first reaction was: "Well, file a complaint. It doesn't make sense." It was obvious to everyone that it wasn't my fault, [that] it was a really exceptional situation, that it was demeaning and that I hadn't been respected. It was really unanimous. My mother, who I talked to about it; my friends; my boyfriend. Everyone told me exactly the same thing. So that, for me, was uh... It made everything really clear, in fact.

Participants sought recognition to restore their self-worth, dignity, and respect. Reparation was desired, given the trauma and harm they had endured. Furthermore, they emphasized the importance of healthcare providers who understand the specificities of GV and other gender-based violence, such as domestic and sexual violence, to be able to offer appropriate support. They urged a more compassionate approach to their experiences and demanded the recognition of their rights. Sam explained:

I've been raped, but I didn't disclose it every time I had a genital examination! So, just ask: "Have you experienced anything in terms of...". To dig a little further, just to make it less traumatic for the body. Because I'm not the only one. There are plenty of atrocious rapes, so it's certain that... I refused examinations for years afterward. He said: "It's time for the PAP test." And I felt bad, but I was like, "No." [...] I wasn't ready. After the biopsy and everything, I wasn't ready to go through that kind of intrusion again and have it trivialized. They must talk about it. It's important.

6.5.3.7 I need to find meaning for what happened

Participants emphasized the significance of deriving meaning from their experiences and converting them into constructive outcomes. They aimed to shift their outlook, focusing on their well-being and regaining control over their lives. They needed to let go of feelings of responsibility and reduce shame. Expressing themselves and sharing their stories were pivotal in their journey toward healing and closure. Vic said: “It's a bit of an attempt to give meaning to things that happened. It's something I do a lot. It's happened, so it might as well be of some use so that something positive can come out of it.”

Moreover, participants firmly aimed to combat GV and gender-based violence, seeking to leverage their experiences to prevent others' suffering. This encompassed destigmatizing similar encounters, supporting research, raising awareness, and fostering practical actions and comprehension. Pat said: “I have two podcast ideas on women's gynecological experiences. For me, it was like a way to get things out there. Of processing it.”

Some participants specifically aimed to amplify the voices of marginalized and under-represented communities, strive for real change, and foster societal transformation. It was Vic's case:

I'm someone who's very much about taking action and asking: "What can I do?" So... I mean... I often complain that there's not enough representativity, so whenever I see an opportunity, I take it. I'm aware that things won't change overnight, but if there's something we can do to reduce gynecological violence, then I want to be part of it.

By raising awareness, mobilizing more people, and advocating for collaboration at all levels, they aspired to make a positive difference in people's lives. They urged for a healthcare system reform that would ensure no one would have to endure such hardships in the future.

6.6 Discussion

In this study, our primary goal was to illuminate the under-addressed issue of GV by exploring patient experiences. Our dual focus encompassed documenting patient-perceived consequences and understanding their needs for inclusive and respectful gynecological healthcare.

Documenting the perceived repercussions among participants revealed recurring themes: mistrust, mental health challenges, heightened complexity of social roles and interactions, and physical suffering. Mental health issues and physical discomfort were consistent with previous reports (CEND, 2019;

d'Oliveira *et al.*, 2002; Déchalotte, 2017; HCE, 2018; Marcilly et Mauri, 2018). Similarly, the detrimental impact of gynecological and gender-based violence on intimate and familial relationships has been observed in other work (CEND, 2019; HCE, 2018). Notably, but as previously reported (CEND, 2019; Friesen, 2018; HCE, 2018; Kukura, 2018; Lévesque *et al.*, 2018; Marcilly et Mauri, 2018), the emergence of mistrust and its multifaceted expressions (service avoidance, information withholding, self-silencing around caregivers) raises concerns impacting patients, healthcare professionals, and institutions alike. Widespread mistrust challenges caregivers' integrity, credibility, and reputation, potentially eroding public trust in the healthcare system. Phoebe Friesen (2018) and Rosamond Rhodes (2001) emphasized trust's vital role in medicine, stemming from providers' expertise and patients' vulnerability, stressing its significance for healthcare relationships and the profession's integrity. Therefore, our paper also defends trust as the keystone without which collaboration between caregivers and patients is impossible, and medical errors through abuses and dismissal are facilitated.

The exploration of participants' needs for gynecological health services revealed that these were related to protection and security, positive models, empowerment, holistic care, solicitude, acknowledgment, and the search for meaning. While the literature on OV emphasized the need for trust and accountability in healthcare systems (Swahnberg *et al.*, 2019; Vacaflor, 2016), our study further highlights the demand for consequences for poorly behaving healthcare providers and the desire for a remuneration system that incentivizes patient health over financial gain.

In line with Bowling *et al.*'s (2013) UK-based study surveying 833 patients, our research emphasizes the impact of early gynecological care experiences on patient expectations and perceptions of acceptable care models. Bowling *et al.* highlight that patient satisfaction hinges on the healthcare system's ability to meet emotional and human care aspects, including effective communication and clinical outcomes. Our study revealed disillusioning initial encounters, prompting participants to seek validation from personal values, professional standards, and media. Additionally, participants in our study expressed a desire for changes in societal norms and enhanced patient education to raise the bar for expectations in gynecological healthcare. This aligns with Bowling *et al.*'s observation that when patient expectations are exceeded, it substantially enhances overall satisfaction with care.

The need for empowerment also emerged as a significant theme in our study, with participants highlighting the importance of having control over their healthcare decisions. This aligns with the desire

for informed reproductive choices observed in the literature on OV (Castro et Frías, 2020). However, our research goes further by emphasizing the need for tools, education, and self-advocacy to empower GV survivors. Patient-centered care demands actively involving patients, respecting their values and preferences, and ensuring that their needs and concerns are addressed (Lorig, 2012). By adopting a patient-centered approach, healthcare providers can establish a strong therapeutic relationship with patients, promote shared decision-making, and enhance patient satisfaction and engagement (Reb et Cope, 2019).

Our study, like Erem et al. (2020), underscores the importance of a comprehensive, culturally sensitive approach to gynecological healthcare. Erem et al. focused on gynecologic oncology training in Ghana, while our participants advocated for interdisciplinary care. This collaborative approach, involving various healthcare professionals, addresses diverse patient needs, ensuring timely interventions, personalized treatment, and improved clinical outcomes (Durbin *et al.*, 2023; Goffman *et al.*, 2014). Patient-centered, culturally competent care is key (Ben-Arye *et al.*, 2012; Cripe *et al.*, 2018), recognizing the impact of social determinants of health and striving for equitable access (Duska, 2018; Ricci *et al.*, 2017). Prompt, non-discriminatory access and destigmatization of pain and impairment emerge as common needs in both literature and our research.

Solicitude, or the provision of compassionate care, was named as a crucial aspect of gynecological healthcare by participants, aligning with the literature's emphasis on empathy and patient-centered designs (Akinlusi *et al.*, 2022). Patients with gynecological conditions, such as cancer, often have diverse supportive care needs extending beyond physical symptoms (Steele et Fitch, 2008). However, healthcare providers may face organizational barriers, like staffing issues and heavy workloads, hindering the delivery of compassionate care (Valizadeh *et al.*, 2018). To promote compassion in care, policymakers and managers should create a supportive organizational culture (Valizadeh *et al.*, 2018). Compassionate care must also address the unique needs of patients who have experienced sexual violence, as some participants of our study mentioned. Research indicates these patients might require specialized support (Meier *et al.*, 2021). Healthcare providers can facilitate discussions and provide care in a safe environment (DeMaria *et al.*, 2023). Additionally, and as some participants mentioned, supporting caregivers is crucial in gynecological healthcare to put patients' interests forward (Almeida *et al.*, 2020; Hand *et al.*, 2018; Lu *et al.*, 2022). As such, healthcare organizations should promote employees' mental health and foster safer work environments to enhance patient safety (Hall, L. H. *et al.*, 2016).

Participants also highlighted the critical need for institutions and society to acknowledge the gravity of GV and provide support. Survivors of GV seek recognition and support from professionals who understand its nuances. Social support can also play a vital role in violence survivors' recovery. How they perceive support and the reactions they receive upon disclosure can significantly affect their adjustment and healing (Littleton, H. L., 2010). Positive social reactions, marked by empathy and validation, lead to better outcomes for survivors (Edwards et Dardis, 2020). Conversely, negative reactions, such as victim-blaming or disbelief, can worsen trauma and hinder recovery (Edwards et Dardis, 2020). Therefore, individuals and communities should be encouraged to offer supportive and validating responses to GV survivors.

In our study, participants emphasized the importance of finding meaning in their traumatic experiences, seeking healing, closure, and the prevention of future suffering. This echoes a common response to interpersonal violence, where survivors grapple with profound questions about their ordeals (Bryant-Davis et Wong, 2013). Coping strategies, such as seeking social support, engaging in spiritual practices, and pursuing personal growth, have been observed in prior research (Kato, 2013; Littleton, H., 2007). Social support networks, including friends, family, and community organizations, are pivotal in providing validation and guidance during survivors' healing journeys (Davies *et al.*, 2015). Tailored interventions considering an individual's unique needs, cultural background, and social context have consistently proven effective in promoting healing and the search for meaning (Fedina *et al.*, 2021). The use of a trauma-informed care approach, which recognizes the profound impact of trauma and provides a safe and supportive healing environment, is particularly relevant when addressing the needs of survivors of interpersonal violence (Kelly, 2015).

6.6.1 Limitations

While this study provides valuable insights into the experiences and needs of GV survivors, it is important to acknowledge its limitations. First, our research focused on a specific geographic region and cultural context, potentially limiting the transferability of our findings to other settings. Second, while we aimed to include the voices of marginalized groups, including queer and racialized communities, the sample may not fully represent the diversity within these and other marginalized populations. The recruitment method also might have introduced biases, with participants generally having higher education levels and specific attributes. Additionally, our decision to collect subjective identity and social positioning data during interviews instead of through a sociodemographic questionnaire, while granting participants greater self-expression freedom, hindered direct experience comparison due to the absence of thoroughly shared

parameters. Despite these limitations, this research contributes valuable insights into the multifaceted aspects of GV and provides a foundation for future studies.

6.7 Conclusion

This research illuminates the profound impact of GV on survivors and their distinctive needs within the realm of gynecological healthcare services. Through the narratives of nine participants, we have uncovered the intricate and far-reaching repercussions of GV, ranging from mental health challenges to disrupted social roles. Moreover, our study highlights the urgent need for healthcare providers and institutions to reevaluate their approach to care, placing empathy and humility at the forefront of supporting GV survivors. Our findings underscore the imperative for healthcare providers to rebuild trust with patients, acknowledging its pivotal role in promoting collaboration and integrity within the medical profession. Furthermore, this study emphasizes the multifaceted needs of survivors, including the importance of protection, positive role models, empowerment, holistic care, solicitude, acknowledgment, and the search for meaning in their experiences. It advocates for a patient-centered, interdisciplinary, and culturally sensitive approach to gynecological healthcare, aligning with the call for comprehensive and compassionate care, and highlights the significance of societal awareness, support, and validation for GV survivors.

Future research in the realm of GV could explore the impact of tailored interventions and legal frameworks to prevent and address patients' traumatic experiences. It could also investigate tools for patient empowerment, strategies to foster compassionate care, and interdisciplinary care models. Special attention should be given to marginalized groups, including queer and transgender individuals, racialized, and immigrants, with a focus on community-driven initiatives. Rebuilding healthcare trust must be a central theme, with research aimed at developing trust-building strategies for healthcare providers. These efforts could enhance support for all GV survivors and address the specific challenges faced by marginalized communities.

CHAPITRE 7

DISCUSSION

Ce chapitre présente un retour sur les principaux résultats et la manière dont ils résonnent avec l'état actuel des connaissances sur ce sujet. Il explicite les forces et les limites du projet réalisé de même que ses implications pour la pratique et les recommandations que les résultats inspirent.

7.1 Retour sur les résultats

Devant l'ampleur du problème des violences gynécologiques dénoncées par les personnes-patientes et le manque de représentation de ce phénomène en recherche, la présente étude avait pour ambition d'en amorcer l'exploration dans le but de mieux le comprendre. Plus précisément, il s'agissait de s'intéresser au point de vue des personnes rapportant avoir fait l'expérience de VG, ceci en se concentrant sur trois objectifs spécifiques : décrire ce qui, d'après elles, constitue les VG; documenter les répercussions qu'elles en ont perçues; explorer leurs besoins qui en découlent dans une optique de services respectueux et inclusifs en santé gynécologique.

Le travail de description du phénomène a permis de tracer un contour à ce qui est considéré comme des VG et ce qui ne l'est pas forcément aux yeux des personnes-participantes. La démarche a mené d'abord à l'identification des expériences dénoncées, c'est-à-dire celles jugées inacceptables et négatives, quoique pas systématiquement violentes. Elles comprenaient notamment le fait de ne pas être écoutée et celui d'être abandonnée, négligée et laissée à soi-même, ce qui résonne avec ce que Marcilly et Mauri (2018) ainsi que le HCE (2018) soulignaient dans leurs travaux respectifs, à savoir que les VG peuvent aussi se manifester par des pratiques omises. Outre le manque d'écoute, le fait d'être privée du pouvoir de choisir pour soi-même était également dénoncé. Ceci ramène l'idée, partagée dans plusieurs travaux (CEND, 2019; Friesen, 2018; Froidevaux-Metterie, 2018; Quéré, 2019), selon laquelle les VG, comme toute forme de violence, se déroulent en l'absence de consentement libre, éclairé et continu des personnes-patientes.

Les personnes-participantes ont aussi dénoncé le détournement cognitif (*gaslighting*) qu'on leur a servi lors de leur utilisation des services en santé gynécologique. Il n'est pas surprenant que ce type de manipulation ait été dénoncé puisque, comme le propose la définition de la violence employée par Lévesque et ses collègues (2018) présentée en introduction, celui-ci est associé à l'abus de pouvoir et à des tactiques visant à maintenir l'autre dans sa position d'infériorité et à le faire céder à sa volonté.

Toutefois, contrairement à ce que cette définition prévoyait, peu de personnes-participantes ont abordé des expériences de violence autres qu'interpersonnelles (p. ex. institutionnelles, symboliques, systémiques, etc.), sauf lorsqu'elles étaient invitées à spéculer sur ce qui pouvait expliquer ce qu'elles ont vécu. Ce constat pourrait s'interpréter par le fait que les VG ont réveillé en elles une colère qui a naturellement eu tendance à se diriger vers une personne-coupable présente, tangible et imputable. Elles avaient néanmoins conscience que le problème des VG est complexe et systémique. Par exemple, une personne avait souligné que les médecins sont aux prises avec des pressions de performance extrêmement difficile à atteindre qui les obligent à pratiquer de manière expéditive, contraignant ainsi la qualité des soins qu'ils peuvent dispenser. Malgré cette conscience, elles ont davantage critiqué les humains qui les ont blessées que les structures permettant les gestes blessants.

L'insensibilité du traitement reçu et la déshumanisation étaient les deux derniers types d'expériences dénoncées. Ces expériences pourraient être parties prenantes d'un spectre mesurant le niveau de déni de l'expérience sentie exercé par une personne-soignante sur une personne-patiente. D'après certains travaux (Dawson, 2021; Svenaeus, 2023), une dose de déshumanisation et d'insensibilité est parfois nécessaire dans la relation de soin afin de rendre tolérable, pour la personne-soignante, le fait de causer une douleur à l'autre lorsque celle-ci est inhérente à un traitement ou simplement inéluctable. Il a aussi été montré que la déshumanisation avait tendance à être dirigée davantage vers les membres de groupes sociaux marginalisés, désavantagés socialement (Dawson, 2021), ce qui fait écho à plusieurs postulats du féminisme intersectionnel et aux résultats de la présente étude. En effet, les expériences partagées par les personnes-participantes montrent que celles qui ont des identités ou positions sociales désavantagées (p. ex. avoir un historique de psychiatisation) ont un risque accru de vivre des expériences de discrimination et de préjudice (p. ex., ici, vivre du détournement cognitif/*gaslighting* qui met en doute la lucidité et sous-entend une propension à inventer des VG). Qui plus est, plusieurs situations rapportées par les personnes-participantes sont cohérentes avec la logique d'entrecroisement inextricable des oppressions dans le féminisme intersectionnel. Par exemple, Vic avait rapporté des moments où iel avait vécu à la fois de la grossophobie et de l'enbyphobie. Il en allait de même pour les personnes ayant un parcours migratoire et des conditions de santé handicapantes, par exemple.

Après l'identification des expériences dénoncées, la ligne de démarcation entre celles-ci et les VG a pu être tracée : les VG étaient la combinaison d'une expérience dénoncée et du fait que cette expérience ait été perçue comme violente par la personne-participante. Bien que d'apparence tautologique, ce tracé de

frontière ne l'est pas, en ce que ce n'était pas n'importe quelles expériences qui étaient susceptibles de se classer au rang de VG – seules celles parmi les moments négatifs identifiés l'étaient. De plus, de nombreuses pistes de réflexion fournies par les personnes-participantes contribuent à faire comprendre le cheminement cognitif et émotionnel qui les a menées à percevoir leurs expériences comme violentes. Ces pistes de réflexion se présentaient sous la forme de questions introspectives (p. ex. est-ce que je me sentais à l'aise, bien, respecté-e, entendu-e auprès de la personne soignante?).

Il est ici opportun de rappeler que l'angle d'approche de la présente étude impliquait de s'attarder à la subjectivité des personnes-patientes, dans une démarche exploratoire, inductive et « du bas vers le haut ». Pour cette raison, il était attendu que ce qui en ressort reflète cette subjectivité et qu'elle la mette au premier plan. Les personnes-participantes ont néanmoins reconnu que des situations puissent être objectivement violentes même si une personne ne les perçoit pas ainsi. Par exemple, un examen vaginal non consenti pourrait être spécialement (re-)traumatisant pour une personne ayant subi des violences sexuelles, alors qu'il pourrait paraître banal à une personne qui n'en a pas subi et n'éprouve pas de sensibilité particulière en la matière. Cela dit, un problème est un problème surtout parce qu'il entraîne des dégâts. C'est pour cette raison que les personnes-participantes ont rappelé que ce qui importe le plus est la façon dont elles ressentent le moment vécu, car leur interprétation et leur subjectivité influencent les répercussions sur leur bien-être.

À ce sujet, documenter les répercussions perçues par les personnes-participantes a permis d'en identifier les thèmes récurrents : méfiance, affections de la santé mentale, complexification des interactions et rôles sociaux, et souffrances corporelles. Les affections de la santé mentale et les souffrances corporelles étaient attendues, puisque des publications en avaient déjà rapporté dans des contextes similaires (CEND, 2019; d'Oliveira *et al.*, 2002; Déchalotte, 2017; HCE, 2018; Marcilly et Mauri, 2018). Les effets délétères des violences gynéco-obstétricales et des violences sexistes sur les relations, notamment amoureuses et sexuelles, ainsi que sur la relation parent-enfant ont également été identifiés précédemment dans certains travaux (CEND, 2019; HCE, 2018).

Bien que pas tout à fait surprenantes et elles aussi rapportées précédemment (CEND, 2019; Friesen, 2018; HCE, 2018; Marcilly et Mauri, 2018), la méfiance et ses multiples déclinaisons (éviter des services, rétention d'informations, mise sous silence de soi en présence de personnes-soignantes, etc.) sont particulièrement préoccupantes, et ce, non seulement pour les personnes-patientes, mais aussi pour les

professions et institutions de santé. Lorsque la méfiance est répandue, elle remet en question l'intégrité, la crédibilité et la réputation des personnes-soignantes, ce qui peut entraîner une perte de confiance du public dans le système de santé dans son ensemble. Phoebe Friesen (2018) a expliqué que le rôle crucial de la confiance envers la médecine repose sur la position unique et privilégiée des personnes exerçant une profession de la santé dans la société. Après de nombreuses années de formation, elles deviennent les seules détentrices d'un savoir-faire et d'une expertise spéciale qui leur confèrent un grand pouvoir, tandis que les personnes-patientes en quête de soins trouvent un espace où elles peuvent être à leur état le plus vulnérable. Friesen a appuyé sa rhétorique d'une citation éloquent de Rosamond Rhodes (2001, p. 495) :

Physicians have to convince their patients (that is, people who are total or near strangers) to share information about their personal and family history and details about their symptoms that they may not be willing to share with even their most intimate relations. Furthermore, for physicians to be able to do their doctoring, patients sometimes have to appear disrobed; they have to allow their bodies to be touched and probed, even when they know that the touching is likely to involve sexually sensitive areas or is likely to hurt; they have to submit to tests that they never would have otherwise sought and take chemicals into their bodies that are likely to be poisons; and sometimes they even allow themselves to be made unconscious so that their bodies can be invaded by knives and body parts can be removed.

Rhodes conclut son argument ainsi : « *To be permitted to do any of these things, [...] the doctor must be trusted*^[32]. » Friesen (2018, p. 301) conclut le sien ainsi : « *If this space of vulnerability becomes corrupted by distrust, the profession cannot maintain itself, for only patients who trust their physician will seek treatment.* » Le mien se termine donc aussi avec l'apologie de la confiance en tant que clé de voûte sans laquelle la collaboration entre les personnes-soignantes et les personnes-patientes est impossible, et les erreurs et mauvais traitements, dangereusement facilités.

7.2 Implications pratiques et recommandations

Les résultats soulèvent des implications pratiques à de multiples niveaux et, par suite, des recommandations d'actions susceptibles d'améliorer la situation.

7.2.1 Intervention individuelle

Au niveau de l'intervention individuelle, les résultats mettent en évidence que les personnes-participantes ne reçoivent pas un niveau de sensibilité suffisant pour permettre un lien de confiance et un sentiment de

³² En italique dans le texte d'origine.

respect mutuel dans la relation de soin. De la même manière, les expériences qu'elles rapportent révèlent que les compétences des prestataires en matière d'empathie et de soutien psychologique sont insuffisantes pour les aider de manière efficace. Enfin, ces expériences témoignent d'un manque d'attention portée aux manières concrètes et pragmatiques d'appliquer le consentement, la communication respectueuse et l'autonomie des personnes-patientes dans les interventions de soins gynécologiques. Pour toutes ces raisons, il est impératif que les personnes-soignantes réfléchissent aux impacts de leur approche sur les personnes qu'elles sont censées aider. Iels pourraient initier ou entreprendre des formations approfondies sur les impacts des VG et les stratégies pour créer et nourrir une relation thérapeutique saine et aidante, ceci en se penchant sur les manières de redresser leurs habitudes de travail au regard de ces lacunes qui leur sont attribuées. Cette recommandation s'applique bien entendu en amont et de manière à prévenir que ce lien se brise. Si toutefois cela se produit, les résultats montrent que les personnes-participantes ressentent le besoin d'explorer d'autres relations d'aide (p. ex. psychologie, sexologie, physiothérapie, etc.). Il serait donc utile que de nouvelles relations permettent la construction d'un lien de confiance sain, ceci dans l'idée de faire émerger des référents relationnels positifs et acceptables dans les interactions de soins. Tout en se rappelant que la perfection n'est pas exigée, rappelons que les personnes-participantes encourageaient fortement toutes les personnes susceptibles d'intervenir auprès d'elles à faire preuve d'humilité, par exemple en tenant pour acquis que l'on peut toujours faire plus et mieux pour tendre vers des approches humaines, inclusives et respectueuses.

7.2.2 Intervention auprès de couples, polycules et familles

D'après les personnes-participantes, la communication ouverte et respectueuse et le développement de référents d'interactions consensuelles et positives ailleurs que dans le contexte de leur recours aux services en santé gynécologiques sont utiles pour reconnaître leurs expériences de VG et agir face à celles-ci. Conséquemment, les personnes-intervenantes qui travaillent les dynamiques de couple, de polycule ou familiales pourraient profiter de leur position d'aide pour encourager et faire pratiquer la communication non violente et le consentement entre les membres d'un groupe. Ces outils et compétences interpersonnelles ont le potentiel de se transférer organiquement dans le contexte d'interactions entre personnes-soignantes et personnes-soignées, à travers la création de référents positifs provenant des interactions saines avec les proches. De plus, les résultats montraient que des partenaires et des proches empathiques, à l'écoute et ouverts-es aidaient les personnes-survivantes en leur permettant de ventiler et de se sentir en sécurité et validées. Ainsi, les personnes-intervenantes pourraient également sensibiliser

ces groupes aux enjeux de la VG pour favoriser un environnement de soutien et de compréhension, les invitant à être prêts à écouter les expériences et préoccupations gynécologiques de leur entourage, voire à accompagner leurs partenaires et proches dans leur recherche de soins et leur utilisation des services.

7.2.3 Interventions de groupe et secteur communautaire

Beaucoup de personnes-participantes ont pensé au secteur communautaire comme potentiel vecteur de changement positif face au phénomène des VG, leur accordant plus de confiance qu'aux institutions de santé. De plus, elles ont parlé des effets positifs de la solidarité et du sentiment d'être comprises dans des groupes de personnes ayant vécu des expériences similaires. Peut-être serait-il utile d'organiser des cercles de parole pour soutenir les victimes de VG, ou encore de créer des binômes en proposant aux personnes qui le souhaitent d'être pairées avec une autre personne-survivante pour pouvoir partager leurs expériences. Dans le même ordre d'idées, les organismes communautaires pourraient faire campagne pour sensibiliser les personnes qu'elles desservent aux enjeux des VG et promouvoir des pratiques respectueuses. Par exemple, le Centre de santé des femmes de Montréal (2023) offre une formation sur l'examen gynécologique féministe aux infirmières et infirmiers souhaitant apprendre cette pratique et réfléchir aux manières engagées de l'implanter. Considérant que les personnes-participantes ont souligné à de multiples reprises qu'elles ne savaient pas où trouver des informations fiables sur la santé gynécologique et qu'elles ne parvenaient pas à s'orienter dans les services, les organismes communautaires envers qui elles accordent leur confiance pourraient servir de courroie de transmission entre la communauté et les nouveautés scientifiques, cliniques et locales en lien avec ce sujet, par exemple à travers des infolettres. Enfin, les personnes-participantes ont exprimé leur souhait d'être appuyées de toutes parts dans la lutte contre les violences gynécologiques. Pour cette raison, les organismes communautaires pourraient, dans la mesure de leurs capacités, servir de moteur et de pivot entre les personnes-soignantes, les décideurs publics et les personnes-patientes. C'est par exemple ce que fait le Regroupement Naissances Respectées (2022), qui milite pour l'humanisation de la période périnatale au Québec en participant à des manifestations, en créant des collaborations entre artistes et personnes concernées par les violences gynécologiques et obstétricales, en intervenant dans les médias et en dialoguant avec des groupes de médecins, notamment.

7.2.4 Actions politiques et militantes

Les personnes-participantes ont été claires : les résultats de cette étude ne doivent pas être simplement tablettés et oubliés. Il est important que leur participation serve la lutte contre les VG et que les résultats

ne circulent pas uniquement dans un cercle scientifique privilégié et fermé à la population générale. Ils pourraient donc servir le militantisme en appuyant la revendication de politiques et réglementations visant à prévenir les VG. Ils peuvent en outre servir les campagnes de sensibilisation pour faire connaître les besoins des personnes-patientes, stimuler la formation de groupes de défense des droits pour lutter contre les VG, inspirer des épisodes ou segments de baladodiffusion et de documentaires, des chroniques, des œuvres artistiques, des démonstrations publiques (p. ex. théâtre de rue et lecture de témoignages) ou d'autres actions pour revendiquer de meilleurs traitements ou sensibiliser la population aux VG.

7.2.5 Institutions de santé

Les personnes-participantes ont expliqué qu'elles ne se sentaient pas protégées par les institutions de santé et que ces dernières ne semblaient pas reconnaître ou prendre au sérieux le problème des VG. De ce fait, ces dernières pourraient revoir leurs protocoles existants pour s'assurer de tenir compte des VG et de faire tout leur possible pour les prévenir et les adresser lorsqu'elles surviennent.

Les résultats montrent aussi que les personnes-participantes craignent que seules les personnes-soignantes déjà compétentes sur les plans de l'humilité, de l'ouverture d'esprit et de l'éthique clinique manifestent de l'intérêt et de la réceptivité face aux efforts d'éducation et de sensibilisation aux VG. Or, le constat est que tout le monde est en partie responsable du problème et de ses solutions potentielles, y compris l'administration des établissements de santé. Il est donc crucial que personne ne se sente au-dessus du problème et que tout le monde soit investi dans l'autoréflexivité et la remise en question constructive des pratiques. Il serait d'ailleurs utile d'initier des formations de sensibilisation aux VG et à ses répercussions pour le personnel clinique et hospitalier issu de multiples expertises. Ces formations, préférablement en continu plutôt que seulement spontanées, pourraient aussi inclure les idées de pratiques respectueuses et inclusives.

Par ailleurs, les expériences des personnes-participantes semblent indiquer que les protocoles pour accueillir les dévoilements de violence sont actuellement absents ou insuffisamment développés dans les institutions de santé. Il serait donc opportun de mettre en place des procédures de dialogue constructif, de médiation (par de tierces parties désintéressées et désaffiliées) et de plaintes accessibles et transparentes pour les personnes-utilisatrices de services, idéalement spécifiquement pensées pour les VG. Rien ne les empêche par ailleurs de mettre en place des initiatives similaires, mais visant à permettre aux personnes-patientes de souligner les bons coups de leurs équipes de soins, de manière à encourager

leur expansion. À cet effet, que cela vienne des personnes-patientes ou pas, il serait avantageux de souligner les actions positives et de célébrer les initiatives bénéfiques (p. ex. une médecin rencontrée par une personne-participante avait trouvé un moyen de réchauffer le spéculum avant de l'insérer dans le vagin, augmentant ainsi le niveau de confort). Encourager les personnes-soignantes qui le peuvent à suivre ce genre d'exemple et faciliter leur prise d'action serait profitable.

7.2.6 Éducation

Il a été clairement mis en évidence que les connaissances concernant la santé gynécologique ne sont pas suffisamment démocratisées du point de vue des personnes-participantes, ce qui limite non seulement leur autonomie et leur sentiment de contrôle, mais aussi la communication et l'entraide entre elles et leurs équipes de soins. Pour promouvoir les apprentissages dans ce domaine, les médias pourraient diffuser des informations éducatives de manière accessible et accrocheuse. Par exemple, ils pourraient présenter des témoignages et des histoires de vie pour sensibiliser le public aux enjeux et à l'importance de s'y connaître en santé gynécologique.

Poursuivant le même objectif, toute organisation ayant pour mission de favoriser la santé gynécologique pourrait faciliter l'accès du public à des ressources éducatives en utilisant des supports variés, comme des brochures, vidéos, site Web interactifs, balados et applications mobiles, et ce, en étant adaptée dans plusieurs langues et pour plusieurs besoins spécifiques, comme ceux découlant de handicaps visuels ou auditifs.

Enfin, il est fortement recommandé que les programmes d'éducation à la santé, y compris l'éducation sexuelle et reproductive, fassent une place et promeuvent une vision positive de la santé gynécologique et des relations de soin. Ils doivent en outre présenter la santé gynécologique comme une responsabilité qui ne peut pas relever que des individus, considérant que des barrières systémiques, de la stigmatisation sociale et des injustices sont socialement omniprésentes. Par exemple, les personnes-enseignantes en éducation physique, majoritairement des hommes, n'ont généralement pas de connaissances et de compétences suffisantes pour intervenir adéquatement et adapter leur approche aux personnes-athlètes menstruées (Takabayashi-Ebina *et al.*, 2023).

Ainsi, les initiatives doivent venir autant des individus que des groupes, mais surtout, elles doivent venir de personnes de tous les genres. Par exemple, au niveau individuel, les hommes pourraient être

encouragés à rendre disponibles chez eux des protections hygiéniques pour les personnes menstruées de leur entourage susceptibles de leur rendre visite. Au niveau social, les organisations pourraient faire une place dans leur budget pour rendre disponibles gratuitement ces mêmes produits dans leurs installations. C'est ce que fait notamment l'organisme Thèsez-vous (s.d.) dans les toilettes non genrées de ses locaux à Montréal. Cet organisme encourage même les dons volontaires de produits menstruels, ce qui permet non seulement de stimuler la solidarité, mais aussi de rendre visibles les enjeux de santé gynécologique aux personnes de tous les genres et sexes.

7.3 Forces et limites

L'étude réalisée contribue à la production de connaissances et à la lutte contre les violences gynécologiques. Tout d'abord, de par son approche queer, elle rend visible la présence généralement négligée des individus non cisgenres ou non hétérosexuels dans les services de santé gynécologique. En se concentrant principalement sur les violences gynécologiques plutôt que sur les violences obstétricales, elle offre l'une des premières descriptions détaillées et ancrées dans les expériences de ce phénomène, favorisant ainsi une meilleure compréhension de ces violences précises. De plus, l'étude met en évidence l'importance des répercussions subjectives dans la perception des VG par les personnes qui en ont vécu, ce qui contribue à une meilleure conceptualisation de ce problème par celles-ci. En les décrivant de manière plus concrète, la recherche facilite la reconnaissance et l'identification de ces violences par ces personnes directement et centralement concernées par le phénomène. Enfin, cette étude va au-delà d'un simple constat descriptif dénonciateur en fournissant des informations extrêmement importantes sur les besoins des personnes ayant vécu des VG, répondant ainsi en amont aux interrogations de type « et maintenant, que faire de ces connaissances? ». Les résultats offrent ainsi des pistes précieuses pour l'intervention et l'action, en fournissant des orientations concrètes pour répondre aux besoins identifiés.

Parce qu'elle s'inscrit dans une démarche scientifique, cette étude se doit d'être reproductible et critiquable. Expliciter ses principales limites est donc essentiel. D'abord, la méthode de recrutement constitue un biais dont témoignent certaines caractéristiques communes aux personnes-participantes de l'échantillon final. En effet, celles-ci se sont montrées généralement plus éduquées que la majorité québécoise, cette dernière se situant tout au plus au niveau collégial (Institut de la statistique du Québec, 2022). Elles étaient capables d'articuler leurs idéologies politiques et sociales de manière claire en s'appuyant sur des théories (principalement le féminisme et l'intersectionnalité, mais aussi, dans certains cas, syndicalistes et anticapitalistes, par exemple). Elles disposaient aussi de capacités d'introspection, de

communication, de régulation émotionnelle et de métacognition suffisantes pour structurer et détailler leurs expériences difficiles, voire traumatisantes, et proposer des pistes de réflexion pour les comprendre au regard de défis sociétaux complexes comme les injustices sociales. Elles ne représentent donc pas l'ensemble de la population concernée par les services en santé gynécologique, mais cette situation ne porte pas atteinte aux objectifs exploratoires de l'étude, qui ne visait pas la représentativité.

Néanmoins, malgré l'intention de mettre en avant les vécus de marginalités multiples, l'échantillon, limité en taille, demeure insuffisamment diversifié pour pouvoir fournir un portrait intersectionnel complet. Par exemple, il ne représente aucune expérience de racialisation. Cette réalité s'explique probablement beaucoup par le contexte contraint du recrutement : en plein état d'urgence dû à la crise sanitaire de la covid-19, les organismes communautaires œuvrant auprès de populations marginalisées qui avaient été ciblés pour contribuer au recrutement étaient aux prises avec une population encore plus précarisée qu'auparavant. La majorité a dû prioriser, avec raison, le soutien aux besoins fondamentaux de sa population (fournir un toit et de la nourriture, par exemple) plutôt que sa participation à l'étude. Une autre hypothèse est que l'utilisation des médias sociaux en ligne pour recruter les personnes pourrait avoir tendance à favoriser une surreprésentation de femmes blanches et jeunes (Whitaker *et al.*, 2017). Dans l'idéal, une telle recherche serait financée et pourrait ainsi offrir une compensation à la participation de même qu'un budget pour un recrutement plus multimodal. Bien qu'une diversité accrue eût été intéressante et bienvenue, des positions intersectionnelles ont bel et bien pu être représentées et l'objectif de mettre l'accent sur les réalités subjectives demeure atteint. D'un point de vue féministe intersectionnel, une avenue intéressante pour représenter davantage d'oppressions multiples serait par exemple de procéder à une étude de cas extrême auprès d'une personne cumulant beaucoup de positionnements sociaux désavantagés.

Enfin, la manière de recueillir l'identité subjective et le positionnement social des personnes-participantes en entretien était issue du choix politique de leur laisser un maximum de liberté d'autoformulation. Ce choix est cohérent avec une démarche voulant mettre en avant la subjectivité et l'agentivité des personnes, mais rend difficile la comparaison des expériences en l'absence de dénominateurs communs. Une autre recherche pourrait faire un choix différent et se doter de quotas ainsi que proposer des catégories identitaires préétablies (p. ex. genre, orientation sexuelle, etc.) à partir desquelles les personnes pourraient décrire, encore assez librement, leur position intersectionnelle.

CONCLUSION

Ce mémoire rend compte du projet de recherche en son cœur qui contribue, lui, à la production de connaissances et à la lutte contre les VG. Les résultats de cette étude soulignent l'importance d'une prise de conscience accrue des VG et de l'adoption de pratiques respectueuses et inclusives dans les services de santé gynécologique. Ils mettent également en évidence la nécessité de créer un environnement de confiance et de soutien pour les personnes-patientes, en favorisant des relations de soin empreintes d'empathie, d'écoute active et de respect mutuel. Son approche queer rend visible la présence généralement négligée des personnes non cisgenres et non hétérosexuelles dans les services de santé gynécologique. En se concentrant principalement sur la violence gynécologique plutôt qu'obstétricale, elle offre l'une des premières descriptions détaillées et ancrées dans l'expérience de ce phénomène. Elle souligne également l'importance des répercussions subjectives dans la compréhension des VG par les personnes-survivantes, ce qui leur permet de mieux appréhender le problème. En décrivant les VG de manière plus tangible, cette étude facilite ainsi son identification et sa détection par les personnes les plus intimement concernées par le phénomène. Enfin, cette étude va au-delà d'une simple dénonciation descriptive en apportant des informations essentielles sur les besoins des personnes ayant vécu les VG. Les résultats offrent de précieuses pistes d'intervention et d'action, fournissant des orientations concrètes pour répondre à ces besoins.

ANNEXE A

COURRIEL GÉNÉRIQUE POUR ORGANISMES

Bonjour,

Mon nom est Alexandra Toupin et je suis étudiante-chercheuse à la maîtrise recherche-intervention en sexologie à l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

Je réalise un projet de recherche sur les violences gynécologiques sous la direction de Sylvie Lévesque, professeure au département de sexologie de l'UQAM. L'objectif du projet est de mieux comprendre comment les personnes qui ont vécu des violences gynécologiques perçoivent leur expérience.

Je vous écris pour solliciter la collaboration de votre organisme dans la réalisation du projet. Cette collaboration impliquerait de faciliter le recrutement de participant-es par le partage d'annonces sur les diverses plateformes de communication de votre organisme (infolettre, site Web, page Facebook).

En pièce jointe, j'ai déposé plusieurs documents. Celui qui est nommé « Entente de collaboration pour les organismes » fournit tous les renseignements sur le projet de recherche et sur la nature de la collaboration sollicitée auprès de vous. Il contient également les options proposées pour votre collaboration. Si vous acceptez de collaborer, les sections en jaune dans ce document sont à remplir. Vous pourrez ensuite me retourner le document complété. Si vous ne souhaitez pas collaborer au projet, il suffit de répondre à ce message pour m'en informer.

Les autres documents joints au présent message sont les affiches de recrutement. Il y a deux formats de dimensions, l'un plus adapté aux publications Facebook et l'autre plus adapté aux autres plateformes de communication. Dans tous les cas, les deux contiennent les mêmes renseignements et l'un ou l'autre pourra être partagé, selon votre jugement. Chacune de ces deux dimensions est disponible en format JPEG, PDF et PNG. Encore une fois, vous êtes libres de choisir le format qui vous convient le mieux.

IMPORTANT : Veuillez s'il vous plaît remplir le document « Entente de collaboration pour les organismes » et me le retourner avant de partager les affiches de recrutement. Au besoin, les renseignements pour communiquer avec moi ou avec la direction de recherche se trouvent dans ce document également.

Merci d'avoir pris le temps de considérer cette demande de collaboration.

Cordialement,

Alexandra Toupin

Candidate à la maîtrise recherche-intervention en sexologie
Assistante de recherche pour le Laboratoire de recherche sur la santé reproductive et les violences
Département de sexologie, UQAM

ANNEXE B
ENTENTE DE COLLABORATION POUR LES ORGANISMES

Informations générales

Titre du projet de recherche	Perceptions des violences gynécologiques chez les personnes qui les vivent : une exploration féministe intersectionnelle
Étudiante-chercheuse	Alexandra Toupin toupin.alexandra@courrier.uqam.ca 514 569-6651
Programme d'études	Maîtrise recherche-intervention en sexologie
Direction de recherche	Sylvie, Lévesque levesque.sylvie@uqam.ca
Nom de l'entreprise/organisme et de la division concernée (le cas échéant)	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Préambule

Nous sollicitons votre collaboration dans le cadre d'un projet de recherche portant sur les violences gynécologiques. Cette collaboration implique de faciliter le recrutement de participant.es par le partage des annonces de recrutement sur les diverses plateformes qui composent le réseau de communication de l'organisme (p. ex. infolettre, site Web, page Facebook). Avant d'accepter de collaborer au projet de recherche, prenez le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce document vous explique le but de cette étude, les procédures envisagées de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Si certains passages vous semblent moins clairs, nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise de recherche en sexologie. L'objectif est de mieux comprendre comment les personnes qui ont vécu des violences gynécologiques perçoivent leur expérience. Plus spécifiquement, nous souhaitons pouvoir formuler une définition de cette forme de violence, documenter ses répercussions et explorer les besoins en matière de gynécologie respectueuse et inclusive.

Ce projet se déroule sur une période de deux ans. Les entrevues avec les participant·es seront réalisées durant l'été 2021 (juin à septembre). Une seule entrevue d'environ 90 minutes par participant·es est prévue, avec une rencontre supplémentaire non obligatoire pour présenter les interprétations préliminaires. Au total, environ 12 participant·es seront interviewées.

Nature et durée de la collaboration avec l'organisme

La collaboration sollicitée auprès de l'organisme implique de partager les annonces de recrutement fournies par l'équipe de recherche sur les diverses plateformes de communication de l'organisme. En plus des renseignements sur l'étude, ces annonces contiendront un numéro de téléphone et une adresse de courrier électronique que les personnes intéressées à participer pourront utiliser pour valider leur admissibilité auprès de l'équipe de recherche.

La période de recrutement envisagée s'étale de juin à septembre 2021. Durant cette période, il est attendu que les annonces soient partagées une première fois. Une à deux semaines après ce partage, l'équipe de recherche communiquera avec la personne responsable désignée par l'organisme et proposera l'une des deux avenues suivantes : (1) partager une nouvelle fois les annonces (si des participant·es doivent encore être recruté·es); (2) confirmer qu'il ne sera pas nécessaire de partager les annonces une deuxième fois. Le processus sera répété jusqu'à ce que suffisamment de participant·es aient été recruté·es.

Confidentialité

Les données recueillies dans le cadre de la recherche sont celles qui concernent les participant·es aux entrevues. Les personnes qui souhaitent participer n'auront pas à passer par une personne intermédiaire au sein de l'organisme avant de communiquer avec l'équipe de recherche. Le lien entre les personnes participantes et l'organisme auprès duquel elles ont été recrutées est une information qui ne sera pas diffusée, et ce, pour minimiser le risque qu'un·e participant·e soit identifié·e. L'organisme n'aura pas accès

aux données de recherche, mais les résultats de la recherche pourront leur être communiqués selon les modalités entendues (il en sera question plus loin dans ce formulaire). À moins d'un consentement de votre part, le nom de l'organisme ne sera pas utilisé dans la diffusion des résultats de la recherche, et sera plutôt remplacé par l'information minimale pertinente. Par exemple, « CALACS » pourrait être remplacé par « [Organisme d'intervention en matière d'agressions sexuelles] ».

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur la collaboration, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet :

Alexandra Toupin
Étudiante-chercheuse
toupin.alexandra@courrier.uqam.ca
514 569-6651
Département de sexologie de l'UQAM

Sylvie Lévesque
Direction de recherche
levesque.sylvie@uqam.ca
Département de sexologie de l'UQAM

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ-FSH) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez collaborer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ : cerpe.fsh@uqam.ca

Autres conditions de la collaboration

Cochez les options désirées.

Utilisation du nom de l'organisme dans la diffusion des résultats de la recherche

P. ex. sur des affiches présentées en congrès, des communications orales, des vidéos, des outils d'intervention, des articles scientifiques, etc. Cochez une seule des deux options ci-dessous.

Tel quel, au besoin (p. ex. « CALACS »)

Seulement en conservant l'information minimale pertinente (p. ex. en remplaçant

« CALACS » par « [Organisme d'intervention en matière d'agressions sexuelles] »)

Partage des annonces de recrutement de la recherche

Les annonces seront partagées (cochez toutes les plateformes que vous prévoyez mobiliser)...

- Sur la page Facebook de l'organisme
- Dans l'infolettre de l'organisme, envoyée par courrier électronique
- Sur le site Web de l'organisme

Restitution des résultats

Lorsque les résultats seront disponibles, l'organisme souhaite-t-il que l'équipe de recherche les lui partage?

- Oui
- Non

Préférentiellement, ces résultats seraient rendus disponibles sous la forme...

- D'un rapport de recherche
- D'une conférence
- D'une affiche
- D'une capsule vidéo
- Autre suggestion : _____

Note : les préférences seront considérées dans la mesure du possible, mais les résultats pourraient être rendus disponibles sous une autre forme que celles proposées ci-haut.

Personne désignée par l'organisme pour la communication avec l'équipe de recherche

Prénom	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Nom	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Titre ou fonction occupée au sein de l'organisme	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Numéro de téléphone	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
Adresse de courrier électronique	Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ANNEXE C
ANNONCE À PARTAGER

INVITATION

À PARTICIPER À UNE RECHERCHE SUR LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES

Pour participer, il faut...

- Avoir 18 ans et plus
- Parler français
- Avoir déjà utilisé des services en **santé gynécologique**
- Y avoir vécu de la **violence**

Les participant.es seront invité.es à un entretien individuel d'environ 90 minutes pour discuter de leurs expériences en santé gynécologique. Environ 12 participant.es sont recherché.es. Priorité aux premières personnes qui manifesteront leur intérêt.

La participation est libre et confidentielle. Si vous êtes intéressé.e à participer, contactez :



Alexandra Toupin

Département de sexologie de l'UQAM
toupin.alexandra@courrier.uqam.ca
514 569-6651

Par exemple :

- Examen au spéculum
- Consultation pour contraception
- Rééducation périnéale
- Pose/retrait de stérilet
- Avortement
- Dépistage ITSS
- Etc.

- Gestes ou commentaires déplacés
- Irrespect
- Abus de pouvoir
- Absence de consentement
- Négation des droits
- Pratiques non éthiques
- Discrimination
- Mauvais traitements
- Etc.

ANNEXE D
CANEVAS D'ENTRETIEN

Titre de l'étude : Perceptions des violences gynécologiques chez les personnes qui les vivent : une analyse féministe intersectionnelle

Nom de la personne intervieweuse :

Code de la personne interviewée :

Date de l'entrevue :

Plateforme ou lieu de l'entrevue :

Horaire de l'entrevue

Accueil, présentation de la recherche et confirmation du consentement (10-15 min.)

Entrevue (60-70 min.)

Conclusion de l'entrevue (10-15 min.)

Accueil, présentation de la recherche et confirmation du consentement (10-15 min.)

1. Accueillir la personne et se présenter

P. ex. : « Bonjour et merci d'avoir accepté de participer à la recherche. Je m'appelle Alexandra et je suis l'étudiante qui a initié le projet de recherche. C'est avec moi que vous passerez l'entrevue aujourd'hui. »

2. Prendre le temps de créer un climat favorable et de mettre la personne à l'aise

P. ex. : « Comment vous sentez-vous? Préférez-vous que je vous vouvoie ou que je vous tutoie pendant l'entrevue? »

Expliquer le rôle de chacun.e durant l'entrevue :

- Intervieweur.euse : *« Mon rôle principal est de faire en sorte que vous vous sentiez à l'aise durant l'entrevue. Je suis aussi là pour encadrer l'entrevue en posant des questions qui m'aident à comprendre votre réalité. »*
- Interviewé.e : *« Votre rôle durant l'entrevue est de m'aider à mieux comprendre vos expériences. »*

3. Présenter le formulaire d'information et de consentement

P. ex. : « Vous avez reçu avant le début de la rencontre le formulaire d'information et de consentement. Pour m'assurer que vous comprenez les détails de votre participation, j'aimerais le relire avec vous. Vous pourrez poser vos questions si vous en avez. » À l'aide du formulaire d'information et de consentement, rappeler les implications de la participation au projet de recherche. S'assurer que la personne a compris et qu'elle accepte d'y participer.

4. Présenter le déroulement de l'entrevue

P. ex. : « Avant de commencer, j'aimerais vous partager le déroulement de la rencontre. D'abord, je vais vous poser les questions prévues pour explorer les thèmes de l'entretien avec vous. Quand nous aurons fait le tour de ces questions, je vous partagerai une liste de ressources qui pourraient vous aider en cas de besoin après la rencontre. »

5. Rappeler à la personne son droit d'interrompre sa participation à tout moment.

P. ex. : « Sentez-vous libre de demander une pause ou de vous retirer du projet à n'importe quel moment durant l'entrevue. Vous pouvez également refuser de répondre à certaines questions ou m'interrompre pour me poser des questions. »

**Pas seulement gynécologues*

**Pronoms*

QUESTIONS et • Points de relance (au besoin)	OBJECTIFS
<p>INTRODUCTION</p> <p>*Enregistrer</p> <p>1. Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez un peu de vous pour que je puisse mieux comprendre votre réalité. Vous pouvez par exemple me parler de ce qui vous caractérise, de votre identité, de ce qui vous rend semblable ou différent.e des autres, bref, de qui vous êtes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains participants ont partagé, par exemple, que le fait d'être une femme, une personne trans ou une personne racisée a eu de l'importance dans leur vie. D'autres ont partagé leur âge, leur religion, leur orientation sexuelle, leur situation relationnelle, l'importance de leur apparence physique, etc. De votre côté, est-ce qu'il y a des caractéristiques de votre identité que je devrais considérer quand je vais analyser votre entrevue? • (Proposer de s'inspirer au besoin du document Auto-identification intersectionnelle, en annexe E) <p>2. Vous avez généreusement accepté de participer à cette recherche. Qu'est-ce qui vous a motivé.e à le faire?</p>	<p><i>Briser la glace avec la personne; explorer sa position sociale et son intérêt à contribuer à la recherche.</i></p>

EXPÉRIENCES DANS LES SERVICES DE SANTÉ GYNÉCOLOGIQUE

J'aimerais maintenant que nous parlions de vos expériences dans les services de santé gynécologique. Les questions que je vais vous poser vont du plus général au plus spécifique.

- 1. Parlez-moi de vos expériences avec les services de santé gynécologique, en général.**
- 2. Vous vous êtes senti.e interpellé.e par les annonces au sujet de la recherche. Parlez-moi de l'événement ou des événements qui vous sont venus en tête quand vous avez vu les annonces.**
 - Gestes et attitudes qui ont fait réagir.
 - Interprétation/compréhension de ces événements et vocabulaire pour les désigner.
 - Contexte (qui, quand, où, etc.)
- 3. Comment décririez-vous la manière dont vous êtes traité.e dans les services de santé gynécologique?**
- 4. Au début de l'entretien, vous m'avez parlé de votre identité en général. Qu'est-ce qui vous vient en tête quand vous pensez à votre identité dans le contexte des services en santé gynécologique?**
- 5. De votre point de vue, qu'est-ce qui rend un service de santé gynécologique violent? Autrement dit, comment peut-on reconnaître la violence dans les services de santé gynécologique, concrètement?**

Explorer les expériences vécues dans les services de santé gynécologique.

RÉPERCUSSIONS DES ÉVÉNEMENTS RAPPORTÉS

J'aimerais maintenant aborder ce qui s'est passé dans votre vie depuis ces événements.

- 6. Décrivez-moi ce qui s'est passé pour vous après avoir vécu les événements dont vous m'avez parlé. Y a-t-il eu des répercussions dans votre vie, et si oui, lesquelles?**
 - Répercussions psychologiques, sociales, physiques, sexuelles, sur le rapport aux services de santé gynécologique, etc.

- 7. (Si pertinent) À votre avis, pourquoi ces événements se sont-ils répercutés de cette manière pour vous? Autrement dit, comment comprenez-vous les liens entre les événements et les répercussions, dans votre vie en particulier?**

- 8. (Si pertinent) Parlez-moi des besoins qui découlent des répercussions que vous avez nommées.**

- 9. (Si pertinent) Qu'est-ce qui vous a aidé.e ou aurait pu vous aider face aux répercussions, ou encore à répondre à vos besoins?**

Explorer les répercussions des violences gynécologiques dans la vie de la personne.

VERS DES SERVICES IDÉAUX EN SANTÉ GYNÉCOLOGIQUE

Je vais maintenant vous poser des questions pour comprendre votre vision des services en santé gynécologique.

10. Décrivez-moi, de votre point de vue, des services idéaux en santé gynécologique.

- Contexte : qui fournit les services et qui y a accès, comment les obtient-on, quels services, où, quand, comment, avec quels outils, etc.
- Comment les 5 sens pourraient-ils être considérés dans un service de santé gynécologique idéal?
- Qu'est-ce qui rend un service respectueux et inclusif?

Explorer la perception des services idéaux en santé gynécologique

11. Comment pourrait-on favoriser des services idéaux en santé gynécologique?

- Comment combler l'écart entre la réalité et l'idéal?
- Priorités d'actions, efforts à fournir, acteurs impliqués, etc.

Explorer la perception et les idées quant aux trajectoires à emprunter pour favoriser cet idéal

12. Comment vous sentez-vous quand vous pensez à ces services idéaux?

- En s'imaginant recevoir ces services idéaux
- Face aux écarts entre les expériences « réelles » et les services idéaux

Explorer les émotions suscitées par cet idéal

14. Comment aimeriez-vous que cette recherche soit utilisée? Autrement dit, comment ce projet pourrait-il être utile dans votre vie?

- Restitution des résultats : à qui, quand, quelle forme, quel but, etc.
- Quels changements/actions/réactions espérez-vous et de la part de qui?

15. Aimeriez-vous ajouter quelque chose avant de conclure l'entrevue?

Synthèse de l'entrevue

Conclusion de l'entrevue (10-15 min.)

1. Remercier la personne

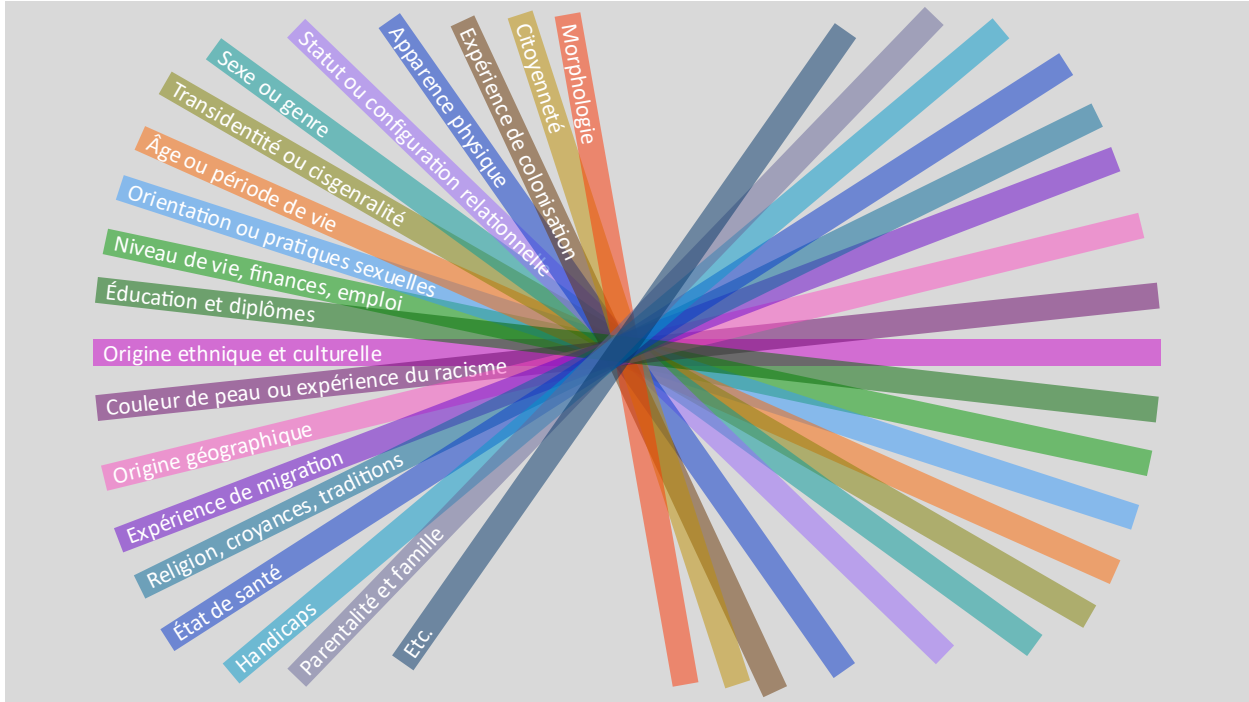
P. ex. : « Nous sommes arrivé.es à la fin de l'entrevue. J'aimerais vous remercier pour votre temps et pour vos partages. »

2. Remettre et présenter la liste des ressources (Annexe C). Offrir un temps de discussion au besoin.

3. Au revoir

ANNEXE E

INSPIRATION POUR L'AUTO-IDENTIFICATION DE LA POSITION SOCIALE



ANNEXE F

DOCUMENTS D'APPROBATION ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Perceptions des violences gynécologiques chez les personnes qui les vivent : une exploration féministe intersectionnelle
Nom de l'étudiant:	Alexandra TOUPIN
Programme d'études:	Maîtrise en sexologie (concentration recherche-intervention)
Direction de recherche:	Sylvie LÉVESQUE

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Anne-Marie Parisot

Professeure, Département de linguistique

Présidente du CERPÉ FSH

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Perceptions des violences gynécologiques chez les personnes qui les vivent : une exploration féministe intersectionnelle

Nom de l'étudiant : Alexandra Toupin

Programme d'études : Maîtrise en sexologie (recherche-intervention - avec mémoire)

Direction(s) de recherche : Sylvie Lévesque

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2023-06-17**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE RENOUVELLEMENT

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Perceptions des violences gynécologiques chez les personnes qui les vivent : une exploration féministe intersectionnelle

Nom de l'étudiant : Alexandra Toupin

Programme d'études : Maîtrise en sexologie (recherche-intervention - avec mémoire)

Direction(s) de recherche : Sylvie LÉVESQUE

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année au plus tard un mois avant la date d'échéance (**2024-06-17**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

AVIS FINAL DE CONFORMITÉ

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE FSH) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Perceptions des violences gynécologiques chez les personnes qui les vivent : une exploration féministe intersectionnelle

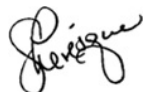
Nom de l'étudiant : Alexandra Toupin

Programme d'études : Maîtrise en sexologie (recherche-intervention - avec mémoire)

Direction(s) de recherche : Sylvie Lévesque

Merci de bien vouloir inclure une copie du présent document et de votre certificat d'approbation éthique en annexe de votre travail de recherche.

Les membres du CERPE FSH vous félicitent pour la réalisation de votre recherche et vous offrent leurs meilleurs vœux pour la suite de vos activités.



Sylvie Lévesque
Professeure, Département de sexologie
Présidente du CERPÉ FSH

ANNEXE G

NOTES D'INTÉGRATION DES PRINCIPES DE LA CPATH

1. Je dois reconnaître que des rapports sociaux de pouvoir existent et considérer avec bienveillance la méfiance que certaines personnes pourraient ressentir envers le projet en raison de ma propre position sociale.
2. Pour éviter l'épuisement des personnes trans participant à la recherche, il est crucial de proposer différents niveaux d'engagement tout en respectant leur liberté de se retirer à tout moment, par exemple en participant uniquement aux entrevues.
3. L'intersectionnalité doit être, autant que possible, présente à chaque étape de la recherche pour comprendre les expériences individuelles des personnes trans.
4. Les attentes des partenaires et des personnes-participantes doivent être recueillies et considérées afin d'adapter la recherche pour en augmenter la valeur tout en évitant de perpétuer des stéréotypes.
5. L'auto-identification libre de la position sociale est préférable par rapport à un questionnaire sociodémographique à catégories fixes pour mieux comprendre les subjectivités individuelles.
6. Bien qu'une compensation financière ne soit pas prévue, des formes de rétribution peuvent être envisagées, telles que l'inclusion des personnes-participantes dans la section « remerciements » du mémoire et la diffusion d'outils de partage des résultats.
7. Les ressources psychosociales fournies aux personnes-participantes de la recherche doivent inclure des ressources spécifiques pour les personnes trans, afin de répondre à leurs besoins.
8. La protection de l'anonymat des personnes-participantes doit être une priorité, notamment lorsqu'une position intersectionnelle pourrait compromettre cet anonymat.
9. La recherche ne doit pas se limiter au recrutement via des organismes communautaires pour réduire les barrières d'accès aux personnes sans contact avec ces organismes.
10. La santé gynécologique ne devra pas être considérée uniquement comme « l'expertise de la femme », mais plutôt en termes de zones anatomiques et de fonctions corporelles.
11. Les personnes-participantes doivent être encouragées à partager librement ce qu'elles estiment pertinent dans leurs expériences en matière de santé gynécologique, y compris les aspects liés à la transition.
12. La recherche doit mettre l'accent sur les expériences subjectives et individuelles, évitant ainsi de généraliser les résultats à l'ensemble des personnes trans.

13. Les personnes trans peuvent être rejointes via diverses organisations, même celles dont la mission n'est pas centrée sur les expériences trans.
14. Les résultats de la recherche doivent être partagés de manière accessible aux populations desservies, par exemple sous forme de vidéos pour les personnes ayant des difficultés de lecture.
15. Les personnes-responsables de la recherche doivent être réflexives et conscientes de leurs préjugés tout au long du projet de recherche, en accueillant les commentaires des personnes-participantes.
16. La relation de confiance avec les personnes-participantes doit être favorisée par la transparence et l'authenticité ainsi qu'en les impliquant dans la création d'un contexte favorable à leur bien-être.
17. Le consentement pour de futures recherches avec les données du présent projet doit être obtenu dans le formulaire de consentement initial.
18. Les voix des personnes-participantes doivent être portées autant que possible auprès des institutions influentes dans le domaine de la santé gynécologique.
19. L'agentivité et la résilience des personnes-participantes doivent être mises en valeur, mettant ainsi l'accent sur les forces et les possibilités.
20. Les personnes ne doivent pas être obligées de révéler leur identité de genre ou leur phénotype corporel, mais la liberté de le faire doit être respectée.
21. Les questions prévues pour l'entrevue peuvent être partagées avec les personnes-participantes à l'avance si elles le souhaitent.
22. Les personnes-participantes doivent être informées qu'elles ont le droit de refuser de répondre à des questions qui les mettent mal à l'aise ou de mettre fin à leur participation à tout moment.
23. Un temps de soutien post-entrevue doit être prévu pour aider les personnes-participantes qui ont trouvé l'entrevue émotionnellement difficile.
24. Il est essentiel de rappeler que les expériences des personnes-participantes ne peuvent pas être généralisées, afin de prévenir les utilisations contre-productives des résultats.
25. Les besoins et attentes des personnes-participantes doivent être pris en compte dans la collecte de données pour d'éventuels projets secondaires.
26. La recherche doit être accessible au public autant que possible.

ANNEXE H
CERTIFICATIONS EPTC 2: FER

Groupe en éthique
de la recherche
Piloter l'éthique de la recherche humaine

EPTC 2: FER

Certificat d'accomplissement

Ce document certifie que

Alexandra Toupin

*a complété le cours : l'Énoncé de politique des trois Conseils :
Éthique de la recherche avec des êtres humains :
Formation en éthique de la recherche (EPTC 2 : FER)*

2 décembre, 2017

Groupe en éthique
de la recherche
Piloter l'éthique de la recherche humaine

EPTC 2: FER 2022

Certificat de réussite

Ce document certifie que

Alexandra Toupin

*a complété avec succès la Formation en éthique de la recherche
basée sur l'Énoncé de politiques des trois Conseils : Éthique de la
recherche avec des êtres humains (EPTC 2: FER 2022)*

Numero de certificat 0000362515 10 aout, 2023

ANNEXE I
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Informations générales

Titre du projet de recherche	Perceptions des violences gynécologiques chez les personnes qui les vivent : une exploration féministe intersectionnelle
Étudiante-chercheuse	Alexandra Toupin toupin.alexandra@courrier.uqam.ca Département de sexologie de l'UQAM
Programme d'études	Maîtrise recherche-intervention en sexologie
Direction de recherche	Sylvie, Lévesque levesque.sylvie@uqam.ca Département de sexologie de l'UQAM

Préambule

Nous vous demandons de participer à un projet de recherche qui implique de prendre part à une entrevue d'environ 90 minutes. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, prenez le temps de lire et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent formulaire de consentement peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Description du projet et de ses objectifs

Ce projet s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise de recherche en sexologie. L'objectif est de mieux comprendre comment les personnes qui ont vécu des violences gynécologiques perçoivent leur expérience. Plus spécifiquement, nous souhaitons pouvoir formuler une définition de cette forme de

violence, documenter ses répercussions et explorer les besoins en matière de gynécologie respectueuse et inclusive.

Ce projet se déroule sur une période de deux ans. Les entrevues seront réalisées durant l'été 2021 (juin à septembre). Une seule entrevue d'environ 90 minutes par personne est prévue. Au total, environ 12 personnes seront interviewées.

Nature et durée de la participation

Votre participation implique de partager vos expériences des soins de santé gynécologique lors d'une entrevue d'environ 90 minutes. Cette entrevue se fera à distance grâce à la plateforme Zoom ou en personne à l'UQAM si les directives gouvernementales permettent les rencontres en personne. Elle sera enregistrée numériquement sur support audio afin de permettre à l'équipe de recherche de transcrire par écrit ce qui aura été dit durant l'entretien, et ce, pour faciliter les analyses.

Les questions de l'entrevue porteront sur vos expériences dans les soins de santé gynécologique, les répercussions de ces expériences, les besoins découlant de ces répercussions et vos recommandations pour tendre vers des services respectueux et inclusifs en santé gynécologique. Si vous le désirez, nous pouvons vous envoyer en avance une copie des questions prévues pour l'entrevue.

Si vous acceptez, vous pourriez être recontacté.e par l'étudiante-chercheuse dans l'année suivant l'entrevue pour vous permettre de valider l'interprétation de votre entrevue ainsi que pour vous partager les résultats de la recherche.

Confidentialité

Les renseignements recueillis auprès de vous et conservés durant la recherche ne seront accessibles que par l'équipe de recherche. Tou.tes les membres de cette équipe se sont engagé.es à respecter la confidentialité de vos données. Les données seront stockées sur un ordinateur de même que sur une unité de stockage externe (p. ex. clé USB ou disque dur externe) dont l'accès sera protégé par un mot de passe. Les documents eux-mêmes seront aussi protégés par un mot de passe lorsqu'ils contiennent des informations permettant de vous identifier.

Lors de la transcription de votre entrevue, votre nom sera changé en code afin de préserver votre anonymat. De plus, ce que vous direz durant l'entrevue et qui pourrait servir à vous identifier (noms de ville, de lieux, de personnes, etc.) sera modifié lors de la transcription. Les informations permettant de vous identifier seront conservées séparément de vos données de recherche.

Aucune publication ou communication sur la recherche ne contiendra de renseignements permettant de vous identifier à moins d'un consentement explicite de votre part. Des extraits de votre entrevue pourraient être utilisés de manière anonyme lors de la diffusion des résultats de la recherche. Vous pourriez donc reconnaître vos propos, mais ces extraits ne seront pas associés à votre nom.

Vos données et renseignements seront conservés pour une période de cinq (5) ans après le dépôt final du projet de recherche. L'enregistrement audio de votre entrevue sera effacé immédiatement après sa transcription.

Si l'entrevue est réalisée à distance

L'entrevue sera réalisée en vidéoconférence sur la plateforme Zoom, qui est sécurisée et cryptée de manière à protéger vos informations personnelles, et ce, dans les limites des risques identifiés plus bas. Avant votre entrevue, l'étudiante-chercheuse vous communiquera (par courriel ou téléphone) un mot de passe individualisé qui vous permettra d'accéder à la plateforme Zoom lors de l'entrevue. Pour le bon déroulement de la rencontre, il est essentiel de choisir un endroit privé où vous serez à l'aise de discuter librement et de manière confidentielle.

Risques liés à l'utilisation d'un moyen de communication électronique

L'étudiante qui conduira l'entrevue en ligne utilisera des moyens raisonnables en vue de protéger la sécurité et la confidentialité des informations envoyées et reçues au moyen des modalités de communication. Cependant, l'étudiante ne peut garantir hors de tout risque la sécurité et la confidentialité des communications électroniques. Par exemple, les communications électroniques peuvent introduire un logiciel malveillant dans le système informatique, risquant ainsi d'endommager l'ordinateur, le réseau informatique ou les systèmes de sécurité, ou encore d'en perturber le fonctionnement. Les communications électroniques peuvent être réacheminées, interceptées, diffusées, mises en mémoire ou même modifiées sans que l'étudiante ou vous-même le sachiez ou l'ayez autorisé. Même si l'expéditeur

et le destinataire ont supprimé les messages électroniques, il peut y avoir des copies de sauvegarde sur un système informatique.

Procédure en cas d'interruption de signal dans la communication audio-vidéo

En cas d'interruption de signal dans la communication audio-vidéo lors de l'entrevue virtuelle, veuillez quitter la plateforme Zoom et vous y reconnecter immédiatement. Si nous ne réussissons pas à rétablir la communication en ligne, nous vous proposons de poursuivre l'entrevue par téléphone. Indiquez le numéro de téléphone que nous pouvons utiliser pour vous rejoindre si cela devait arriver :

Si l'entrevue est réalisée en personne

Si les directives gouvernementales permettent les rencontres en personne, une entrevue à l'UQAM pourra vous être proposée.

Avantages liés à la Participation

Participer à ce projet de recherche vous donne l'occasion de vous exprimer sur vos expériences dans les services de santé gynécologique. Votre point de vue sera ainsi représenté dans l'étude. De plus, vous contribuerez à l'avancement des connaissances scientifiques liées à l'expérience des services de santé gynécologique.

Risques liés à la Participation

Il est possible que vous ressentiez des émotions désagréables en repensant ou en exprimant vos expériences des services en santé gynécologique. Il se peut aussi que vous soyez mal à l'aise de répondre à certaines questions. L'équipe de recherche a préparé une liste de ressources vers lesquelles vous pouvez vous tourner en cas de besoin. De plus, sachez que vous pouvez choisir de prendre une pause durant l'entrevue, de ne pas répondre à certaines questions et de cesser de participer à l'entrevue de recherche, et ce, à tout moment.

Utilisation secondaire des données

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées pour réaliser d'autres projets de recherche dans le même domaine? Ces projets de recherche seront évalués et approuvés par un Comité d'éthique de la recherche de l'UQAM avant leur réalisation. Les données de recherche seront conservées de façon sécuritaire. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des données de recherche, vous ne serez identifié.e que par un numéro de code.

Acceptez-vous que les données de recherche soient utilisées dans le futur par d'autres chercheuses ou chercheurs à ces conditions?

Oui Non

Dans le même ordre d'idées, acceptez-vous d'être contacté.e pour participer à un projet de recherche portant sur un sujet similaire, dans le futur?

Oui Non

Participation volontaire et retrait

Votre participation est entièrement libre et volontaire. Vous pouvez refuser d'y participer ou vous retirer en tout temps sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, vous n'avez qu'à aviser l'étudiante-chercheuse; toutes les données vous concernant seront détruites.

Indemnité compensatoire

Aucune indemnité compensatoire n'est prévue pour la participation au projet de recherche.

Des questions sur le projet?

Pour toute question additionnelle sur le projet et sur la collaboration, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet :

Alexandra Toupin

Étudiante-chercheuse

toupin.alexandra@courrier.uqam.ca

Département de sexologie de l'UQAM

Sylvie Lévesque

Direction de recherche

levesque.sylvie@uqam.ca

Département de sexologie de l'UQAM

Des questions sur vos droits? Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ-FSH) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPÉ-FSH : cerpe.fsh@uqam.ca

Remerciements

Votre participation est essentielle à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier.

Restitution des résultats

Lorsque l'analyse préliminaire de votre entrevue sera terminée, souhaitez-vous être contacté.e par l'équipe de recherche pour planifier une rencontre d'environ 60 minutes où les interprétations vous seront partagées?

- Oui
- Non

Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, par quel moyen consentez-vous à être contacté.e?

- Courrier électronique : _____
- Appel téléphonique : _____

- Avons-nous l'autorisation pour laisser un message sur la boîte vocale à ce numéro (message susceptible de dévoiler votre participation au projet de recherche)?

Oui

Non

Lorsque la recherche sera terminée, acceptez-vous que nous vous envoyions une capsule vidéo qui présente les résultats (par courrier électronique)?

Oui

Non

Si vous avez répondu « oui » à la question précédente, à quelle adresse consentez-vous à être contacté.e (le message pourrait contenir des informations sur votre participation au projet de recherche) : _____

Consentement

Je déclare avoir lu et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation, ainsi que les risques et les inconvénients auxquels je m'expose, comme présenté dans le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses à ma satisfaction. En fournissant le présent formulaire signé à l'équipe de recherche, j'indique que j'en comprends et que j'en accepte les termes. J'indique également que j'autorise l'étudiante-chercheuse à conduire l'entrevue selon ces termes. Je sais que je peux en tout temps cesser de participer à l'entrevue, sans toutefois que cela modifie les termes du présent formulaire, et sans préjudice.

Je soussigné.e accepte volontairement de participer à cette étude. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Prénom Nom

Signature

Date

Engagement de l'étudiante-chercheuse

Je soussignée certifie...

- (a) avoir expliqué à la personne signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'elle m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Prénom Nom

Signature

Date

BIBLIOGRAPHIE

- Afiyanti, Y., Milanti, A. et Putri, R. H. (2018). INTERNATIONAL COLUMN: Supportive care needs in predicting the quality of life among gynecological cancer patients. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 28(1), 22-29. <http://canadianoncologynursingjournal.com/index.php/conj/article/view/868>
- Akinlusi, F. M., Olayiwola, A. A., Adeniran, A., Rabiou, K. A., Oshodi, Y. A. et Ottun, T. A. (2022). Patients' Perception of the Quality of Gynecological Services in a Tertiary Public Health Facility in Lagos, Nigeria. *Journal of Patient Experience*, 9, 23743735221077550. <https://doi.org/10.1177/23743735221077550>
- Almeida, S., Bowden, A., Bloomfield, J., Jose, B. et Wilson, V. (2020). Caring for the carers in a public health district: A well-being initiative to support healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3701-3710. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.15398>
- Annborn, A. et Finnbogadóttir, H. R. (2022, 2022/02/01/). Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 105, 103212. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Antoine, P. et Smith, J. A. (2017). Saisir l'expérience: présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie française*, 62(4), 373-385.
- Arias Fuentes, F. F., Arteaga, E. et San Sebastián, M. (2022). Social inequalities in women exposed to obstetric and gynec-obstetric violence in Ecuador: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1), 419. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01998-2>
- Arigo, D., Pagoto, S., Carter-Harris, L., Lillie, S. E. et Nebeker, C. (2018). Using social media for health research: Methodological and ethical considerations for recruitment and intervention delivery. *DIGITAL HEALTH*, 4, 2055207618771757. <https://doi.org/10.1177/2055207618771757>
- Arpanantikul, M. (2018, Dec). Women's perspectives on home-based care for family members with chronic illness: An Interpretive phenomenology study. *Nurs Health Sci*, 20(4), 494-501. <https://doi.org/10.1111/nhs.12541>
- Aşci, Ö. et Bal, M. D. (2023, 2023/09/01/). The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: A cross-sectional study. *Midwifery*, 124, 103766. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103766>
- Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. (2021a). *Information sur la profession : Qu'est-ce qu'un obstétricien gynécologue?* Fédération des médecins spécialistes du Québec. Récupéré le 23 octobre 2021 de <https://www.gynecoquebec.com/sante-femme.html>
- Association des obstétriciens et gynécologues du Québec. (2021b). *Obstétricien et gynécologue.* Fédération des médecins spécialistes du Québec. Récupéré le 29 octobre 2021 de <https://fmsq.org/fr/notre-profession/les-specialites-medicales/obstetrien-et-gynecologue>
- Auto-défense gynéco. (2016). *S'armer jusqu'aux lèvres!* Récupéré le 3 février de https://infokiosques.net/lire.php?id_article=1318
- Bajos, N., Bohet, A., Le Guen, M., Moreau, C. et L'équipe de l'enquête FECOND. (2012). La contraception en France: nouveau contexte, nouvelles pratiques? *Population et sociétés*(492), 46-54. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
- Barata, C. (2022). "Mix of Races, Bad Uterus": Obstetric Violence in the Experiences of Afro-Brazilian Migrants in Portugal. *Societies*, 12(3), 78. <https://www.mdpi.com/2075-4698/12/3/78>
- Baril, A. (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. <https://doi.org/10.7202/017606ar>

- Baril, A. (2009). Judith Butler et le Nous femmes : la critique des catégories identitaires implique-t-elle leur réfutation? Dans F. Descarries et L. Kurtzman (dir.), *Faut-il réfuter le Nous femmes pour être féministe au XXIe siècle?* (vol. 19, p. 65-92). Les Cahiers de l'IREF.
- Baril, A. (2015). Sexe et genre sous le bistouri (analytique) : interprétations féministes des transidentités. *Recherches féministes*, 28(2), 121-141. <https://doi.org/10.7202/1034178ar>
- Bartholomew, T. T., Joy, E. E., Kang, E. et Brown, J. (2021). A choir or cacophony? Sample sizes and quality of conveying participants' voices in phenomenological research. *Methodological Innovations*, 14(2), 20597991211040063. <https://doi.org/10.1177/20597991211040063>
- Bauer, G., Devor, A., heinz, m., Marshall, Z., Pullen Sansfaçon, A. et Pyne, J. (2019). Code d'éthique de la CPATH en matière de recherche concernant les personnes trans et les communautés. Canada : Association Professionnelle Canadienne pour la Santé Transgenre. <https://cpath.ca/fr/resources/cpath-ethical-guidelines/>
- Baumbusch, J. (2010, Jul). Semi-structured interviewing in practice-close research. *J Spec Pediatr Nurs*, 15(3), 255-258. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00243.x>
- Béguin, F. (2016). *Le gouvernement veut empêcher les touchers pelviens sans consentement*. Le Monde. Récupéré le 21 janvier 2022 de https://www.lemonde.fr/sante/article/2015/10/27/le-ministere-de-la-sante-veut-empêcher-les-touchers-pelviens-sous-anesthesie-sans-consentement_4797795_1651302.html
- Begum, R. (2020, October 27). Women Reportedly Subjected to Forced Gynecological Exams in Qatar. *Human Rights Watch*. <https://www.hrw.org/news/2020/10/27/women-reportedly-subjected-forced-gynecological-exams-qatar>
- Ben-Arye, E., Schiff, E., Steiner, M., Keshet, Y. et Lavie, O. (2012). Attitudes of Patients With Gynecological and Breast Cancer Toward Integration of Complementary Medicine in Cancer Care. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 22(1), 146. <https://doi.org/10.1097/IGC.0b013e318226c614>
- Bender, J. L., Cyr, A. B., Arbuckle, L. et Ferris, L. E. (2017, 2017/04/06). Ethics and Privacy Implications of Using the Internet and Social Media to Recruit Participants for Health Research: A Privacy-by-Design Framework for Online Recruitment. *J Med Internet Res*, 19(4), e104. <https://doi.org/10.2196/jmir.7029>
- Berlivet, L. (2018). « Chassez le naturel... » : Les sciences sociales aux prises avec le déterminisme biologique (note critique). *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 73(2), 443-473. <https://doi.org/10.1017/ahss.2019.7>
- Bernier, M. D. (2017). *Maltraitements gynécologiques : parlons-en! À quand des soins gynéco bienveillants et exempts de jugement?* Gazette des femmes. Récupéré le 20 février 2021 de <https://gazettedesfemmes.ca/14069/maltraitements-gynecologiques-parlons-en/>
- Biana, H. T. (2020). Extending bell hooks' feminist theory. *Journal of International Women's Studies*, 21(1), 13-29. <https://vc.bridgew.edu/jiws/vol21/iss1/3>
- Bienaimé, C. (2018). Pouvoir médical et corps des femmes (No. 6) Dans *Le gynécologue et la sorcière*. U. p. à soi. https://www.arteradio.com/son/61659783/le_gynecologue_et_la_sorciere
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogène*(1), 70-88. <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/dio.225.0070>
- Bilge, S. (2013). INTERSECTIONALITY UNDONE: Saving Intersectionality from Feminist Intersectionality Studies. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, 10(2), 405-424. <https://doi.org/10.1017/S1742058X13000283>
- Blundell, J. (1827). Lectures on the Theory and Practice of Midwifery. *Lancet*, 9(222), 329-335. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)75285-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)75285-3)
- Bocquillon, S. P. (2018). Sterilization in the United States: The Dark Side of Contraception. *Revue de recherche en civilisation américaine*, 8. <http://journals.openedition.org/rrca/1169>

- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J. et Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Boinet, C. (2015). *Les hôpitaux pratiqueraient des touchers vaginaux sur des patientes endormies*. Les Inrockuptibles. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://www.lesinrocks.com/actu/les-hopitaux-pratiqueraient-des-toucheurs-vaginaux-sur-des-patientes-endormies-102978-04-02-2015/>
- Bonevski, B., Randell, M., Paul, C., Chapman, K., Twyman, L., Bryant, J., Brozek, I. et Hughes, C. (2014, Mar 25). Reaching the hard-to-reach: a systematic review of strategies for improving health and medical research with socially disadvantaged groups. *BMC Med Res Methodol*, 14, 42. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-14-42>
- Boston Women's Health Collective. (2022). *Our Bodies, Ourselves: The Nine U.S. Editions*. Récupéré le 3 février 2022 de <https://www.ourbodiesourselves.org/publications/the-nine-u-s-editions/>
- Bowling, A., Rowe, G. et Mckee, M. (2013). Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(4), 143-149. <https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.120147>
- Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. et Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners* (1 éd.). Sage Publications.
- Braun, V. et Clarke, V. (2016). (Mis)conceptualising themes, thematic analysis, and other problems with Fugard and Potts' (2015) sample-size tool for thematic analysis. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(6), 739-743. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1195588>
- Braun, V. et Clarke, V. (2019a, 2019/08/08). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V. et Clarke, V. (2019b, 2021/03/04). To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 13(2), 201-216. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>
- Braun, V. et Clarke, V. (2021a, 2021/07/03). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Braun, V. et Clarke, V. (2021b). *Thematic Analysis: A Practical Guide*. Sage Publications Ltd.
- Bryant-Davis, T. et Wong, E. C. (2013). Faith to move mountains: religious coping, spirituality, and interpersonal trauma recovery. *American Psychologist*, 68(8), 675.
- Bryson, M. K., Taylor, E. T., Boschman, L., Hart, T. L., Gahagan, J., Rail, G. et Ristock, J. (2020, 2020/09/01). Awkward Choreographies from Cancer's Margins: Incommensurabilities of Biographical and Biomedical Knowledge in Sexual and/or Gender Minority Cancer Patients' Treatment. *Journal of Medical Humanities*, 41(3), 341-361. <https://doi.org/10.1007/s10912-018-9542-0>
- Bullens, L. (2021, November 25). 'Too little' done to combat obstetric and gynaecological violence against women. *France 24*. <https://www.france24.com/en/france/20211125-too-little-done-to-combat-obstetric-and-gynaecological-violence-against-women>
- Burkhalter, J. E., Margolies, L., Sigurdsson, H. O., Walland, J., Radix, A., Rice, D., Buchting, F. O., Sanchez, N. F., Bare, M. G., Boehmer, U., Cahill, S., Griebing, T. L., Bruessow, D. et Maingi, S. (2016, 2016/02/01). The National LGBT Cancer Action Plan: A White Paper of the 2014 National Summit on Cancer in the LGBT Communities. *LGBT Health*, 3(1), 19-31. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0118>
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.

- Butler, J. (1995). Contingent Foundations: Feminism and the Question of "Postmodernism". Dans S. Benhabib, J. Butler, D. Cornell et N. Fraser (dir.), *Feminist Contentions. A Philosophical Exchange* (p. 35-37). Routledge.
- Byrne, D. (2015, 2015/11/02). Response to Fugard and Potts: supporting thinking on sample sizes for thematic analyses: a quantitative tool. *International Journal of Social Research Methodology*, 18(6), 689-691. <https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1005455>
- Byrne, D. (2022). A worked example of Braun and Clarke's approach to reflexive thematic analysis. *Quality & Quantity*, 56(3), 1391-1412. <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01182-y>
- Campbell, R. et Wasco, S. M. (2000). Feminist Approaches to Social Science: Epistemological and Methodological Tenets. *American Journal of Community Psychology*, 28(6), 773-791. <https://doi.org/10.1023/A:1005159716099>
- Cano, V. (2019). Sexual Imaginaries and Medical In/Attention: Gynecology as Device for Hetero-Cis-Normalization. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 33, 42-58. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.03.a>
- Cárdenas-Castro, M. et Salinero-Rates, S. (2023, 2023/09/01/). The continuum of violence against women: Gynecological violence within the Medical Model in Chile. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 100891. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100891>
- Caron, C. (2020, April 17). Identifying Red Flags at the Ob-Gyn. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2020/04/17/parenting/pregnancy/ob-gyn-sexual-assault.html>
- Castro, R. et Frías, S. M. (2020). Obstetric Violence in Mexico: Results From a 2016 National Household Survey. *Violence Against Women*, 26(6-7), 555-572. <https://doi.org/10.1177/1077801219836732>
- Centre de santé des femmes de Montréal. (2023, 2023). *Éducation et formation en santé reproductive*. Récupéré le 20 juillet de <https://csfmontreal.qc.ca/services/ateliers-sante-sexuelle-reproductive/>
- Chamberland, L. et Théroux-Séguin, J. (2014). Les stéréotypes à l'égard des gais et lesbiennes: des révélateurs de l'intersection entre genre et sexualité. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 82-96.
- Charlebois, J. B. (2017). Les sujets intersexes peuvent-ils (se) penser?. Les empiétements de l'injustice épistémique sur le processus de subjectivation politique des personnes intersex (ué) es. *Socio. La nouvelle revue des sciences sociales*, 9, 143-162.
- Charron, H. et Auclair, I. (2016). Démarches méthodologiques et perspectives féministes. *Recherches féministes*, 29(1), 1-8. <https://doi.org/10.7202/1036666ar>
- Chbat, M., Damant, D. et Flynn, C. (2014). Analyse intersectionnelle de l'oppression de mères racisées en contexte de violence conjugale. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 97-110.
- Cho, S., Crenshaw, K. W. et McCall, L. (2013). Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 38(4), 785-810.
- Christensen, T., Riis, A. H., Hatch, E. E., Wise, L. A., Nielsen, M. G., Rothman, K. J., Toft Sørensen, H. et Mikkelsen, E. M. (2017, 2017/03/01). Costs and Efficiency of Online and Offline Recruitment Methods: A Web-Based Cohort Study. *J Med Internet Res*, 19(3), e58. <https://doi.org/10.2196/jmir.6716>
- Chua, W. W., Kuek, J. H. L. et Goh, Y. S. (2023). Nursing Students' Perceptions Toward Recovery in Mental Health: A Descriptive Qualitative Study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 29(3), 215-223. <https://doi.org/10.1177/10783903211023564>
- Clarke, A. Y. et McCall, L. (2013). Intersectionality and social explanation in social science research. *Du Bois Review*, 10(2), 349. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S1742058X13000325>
- Clarke, V. et Braun, V. (2018). Using thematic analysis in counselling and psychotherapy research: A critical reflection. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(2), 107-110. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/capr.12165>
- Colaizzi, P. (1978). Psychological research as the phenomenologist views it. Dans R. Valle et M. Kings (dir.), *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology* (p. 48-71). Oxford University Press.

- Comité sénatorial des droits de la personne. (2021). *Un comité sénatorial réclame une étude plus approfondie sur la stérilisation forcée et contrainte au Canada*. Sénat du Canada. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://sencanada.ca/fr/info-page/parl-43-2/ridr-la-sterilisation-forcee-et-contrainte-de-personnes-au-canada/>
- Commission sur l'égalité et la non-discrimination. (2019). *Violences obstétricales et gynécologiques* (14965). http://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/commission/affaires_europeennes/APCE/ODJ_2_019/Avis_rapports/2019_10_Rapport_Mme_Blondin_Violences_obstetricales_et_gynecologique_s.pdf
- Cooper Owens, D. (2017). *Medical Bondage, Race, Gender, and the Origins of American Gynecology*. The University of Georgia Press.
- Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- Crenshaw, K. W. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299.
- Cripe, James C., Mills, Kathryn A., Kuroki, Lindsay K., Wan, L., Hagemann, Andrea R., Fuh, Katherine C., Mutch, David G., Powell, Matthew A. et Thaker, Premal H. (2018). Gynecologic Oncologists' Perceptions of Palliative Care and Associated Barriers: A Survey of the Society of Gynecologic Oncology. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 84(1), 50-55. <https://doi.org/10.1159/000491089>
- d'Oliveira, A. F. P. L., Diniz, S. G. et Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359(9318), 1681-1685. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08592-6)
- Davies, J. A., Todahl, J. et Reichard, A. E. (2015). Creating a Trauma-Sensitive Practice: A Health Care Response to Interpersonal Violence. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 11(6), 451-465. <https://doi.org/10.1177/1559827615609546>
- Davis, A. (1981). *Women, race & class*. Random House.
- Dawson, J. (2021). Medically Optimised: Healthcare Language and Dehumanisation. *British Journal of General Practice*, 71(706), 224. <https://doi.org/10.3399/bjgp21X715829>
- Déchalotte, M. (2017). *Le livre noir de la gynécologie*. Editions First.
- Delcourt, T. (2021). *Hystériques? Histoire de la violence thérapeutique faite aux femmes*. Éditions Eyrolles.
- DeMaria, A. L., Meier, S., King, H., Sidorowicz, H., Seigfried-Spellar, K. C. et Schwab-Reese, L. M. (2023). The role of community healthcare professionals in discussing sexual assault experiences during obstetrics and gynecological healthcare appointments. *BMC Women's Health*, 23(1), 1-13.
- Dilthey, W. (1976/1979). *Dilthey: Selected Writings* (H. Rickman, trad.). Cambridge University Press.
- Donchin, A. (2001). Understanding Autonomy Relationally: Toward a Reconfiguration of Bioethical Principles. *The Journal of Medicine and Philosophy*. <https://doi.org/10.1076/jmep.26.4.365.3012>
- Dorlin, E. (2008). Épistémologies féministes. Dans E. Dorlin (dir.), *Sexe, genre et sexualités. Introduction à la théorie féministe* (p. 9-31). Presses Universitaires de France.
- Drouin, É. (2023, May 17). Violences gynécologiques : « J'avais l'impression d'avoir été torturée ». *Radio Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/recit-numerique/5825/gynecologie-douleur-violence-temoignages-femmes-quebec>
- Duarte, B. J. (2021). Situating Subjectivities in the Macrosocial Policy Context: Critical/Queer Multifocal Policy research. *Journal of Education Policy*, 36(5), 691-707. <https://doi.org/10.1080/02680939.2020.1739338>

- Duman, M., Durgun Ozan, Y. et Doğan Yüksekol, Ö. (2021). Relationship between the religious attitudes of women with gynecologic cancer and mental adjustment to cancer. *Palliative & Supportive Care*, 19(1), 62-68. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000619>
- Durbin, J. S., Dziadkowiec, O., Choi, Y. J., Swan, K. et Thrasher, S. M. (2023). Assessing Nursing Sentiments on Nurse-Resident Physician Collaboration and Administrative Support in the Labor and Delivery Setting: Development and Validation of a Novel Instrument. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 53(1), 63-68. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000001243>
- Duska, L. R. (2018). Access to quality gynecologic oncology care: A work in progress. *Cancer*, 124(13), 2680-2683. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cncr.31391>
- Dusseaulx, A.-C. (2018). #PayeTonUterus : quand un hashtag initie un rapport sur les violences obstétricales. Le Journal du Dimanche. Récupéré le 1 septembre de <https://www.lejdd.fr/societe/payetonuterus-quand-un-hashtag-initie-un-rapport-sur-les-violences-obstetricales-74964>
- Edwards, K. M. et Dardis, C. M. (2020). Disclosure Recipients' Social Reactions to Victims' Disclosures of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(1-2), 53-76. <https://doi.org/10.1177/0886260516681155>
- Emmel, N. (2015, 2015/11/02). Themes, variables, and the limits to calculating sample size in qualitative research: a response to Fugard and Potts. *International Journal of Social Research Methodology*, 18(6), 685-686. <https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1005457>
- Epstein, R. M. et Street Jr, R. L. (2011). The Values and Value of Patient-Centered Care. *The Annals of Family Medicine*, 9(2), 100-103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>
- Erem, A. S., Appiah-Kubi, A., Konney, T. O., Amo-Antwi, K., Bell, S. G., Johnson, T. R. B., Johnston, C., Tawiah Odoi, A. et Lawrence, E. R. (2020, 2020-December-03). Gynecologic Oncology Sub-Specialty Training in Ghana: A Model for Sustainable Impact on Gynecologic Cancer Care in Sub-Saharan Africa [Review]. *Frontiers in Public Health*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.603391>
- Etikan, I., Alkassim, R. et Abubakar, S. (2015). Comparison of Snowball Sampling and Sequential Sampling Technique. *Biometrics & Biostatistics International Journal*, 3(1), 1-2. <https://doi.org/10.15406/bbij.2015.03.00055>
- Farah Diaz-Tello, J. D. (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 56-64. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
- Farouk, S. L., Amole, T. G., Kabir, M., Abubakar, I. S. et Iliyasu, Z. (2021). Obstetrics violence among parturient women in Kano State, north-west Nigeria. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 29, 100620. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100620>
- Faure, N. (2018). *Paye (pas) ton gynéco.* C-P Productions. <https://www.youtube.com/watch?v=fsRZ59Urc2I>
- Fedina, L., Nam, B., Jun, H.-J., Shah, R., Von Mach, T., Bright, C. L. et DeVlyder, J. (2021). Moderating Effects of Resilience on Depression, Psychological Distress, and Suicidal Ideation Associated With Interpersonal Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(3-4), NP1335-1358NP. <https://doi.org/10.1177/0886260517746183>
- Finlay, L. et Gough, B. (2003). *Reflexivity: a practical guide for researchers in health and social sciences.* Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470776094>
- Flores Espínola, A. (2012). Subjectivité et connaissance : réflexions sur les épistémologies du 'point de vue'. *Cahiers du Genre*, 53, 99-120. <https://doi.org/10.3917/cdge.053.0099>
- Flynn, C., Damant, D. et Bernard, J. (2014). Analyser la violence structurelle faite aux femmes à partir d'une perspective féministe intersectionnelle. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 28-43. <https://doi.org/10.7202/1029260ar>

- Forssén, A. S. K. (2012). Lifelong Significance of Disempowering Experiences in Prenatal and Maternity Care: Interviews With Elderly Swedish Women. *Qualitative Health Research*, 22(11), 1535-1546. <https://doi.org/10.1177/1049732312449212>
- Fortin, S. et Houssa, É. (2012). La posture méthodologique postmoderne pour penser le rapport théorie-crédation. Dans T. St-Gelais (dir.), *Loin des yeux près du corps, entre théorie et création* (p. 64-69). Galerie de l'UQAM et Éditions du remue-ménage.
- Foucault, M. (1978). *The history of sexuality, volume 1: An introduction*. Pantheon Books.
- Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société*. Gallimard / Le Seuil.
- Fournier, S. (2021). « On m'a volé ma fertilité ». Radio Canada. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://ici.radio-canada.ca/recit-numerique/2945/sterilisations-non-consenties-quebec-canada-racisee-autochtone>
- Frecker, H., Scheim, A., Leonardi, M. et Yudin, M. (2018). Experiences of Transgender Men in Accessing Care in Gynecology Clinics [24G]. *Obstetrics & Gynecology*, 131. https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2018/05001/experiences_of_transgender_men_in_accessing_care.281.aspx
- Friesen, P. (2018). Educational pelvic exams on anesthetized women: Why consent matters. *Bioethics*, 32(5), 298-307. <https://doi.org/10.1111/bioe.12441>
- Froidevaux-Metterie, C. (2018). *Le corps des femmes : la bataille de l'intime*. Philosophie magazine Éditeur.
- Fugard, A. J. B. et Potts, H. W. W. (2015, 2015/11/02). Supporting thinking on sample sizes for thematic analyses: a quantitative tool. *International Journal of Social Research Methodology*, 18(6), 669-684. <https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1005453>
- Gabbatt, A. (2020, November 21). 'He hurt me': migrants who accused Ice gynecologist of abuse speak out. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/us-news/2020/nov/21/congress-ice-gynecologist-abuse-allegations-petition>
- Gadamer, H.-G. (1960/2013). *Truth and Method* (1 éd.; J. Weinsheimer et D. Marshall, trad.). Bloomsbury Publishing.
- Gadamer, H.-G. (1976/2008). *Philosophical Hermeneutics* (1 éd.; D. Linge, trad.). University of California Press.
- Gebremichael, M. W., Gebremariam, B., Mitiku, M., Hadush, Z., Tesfay, B., Gerezgiher, A. et Alemu, M. G. (2023, 2023/07/13). Rape survivors' experience in Tigray: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 23(1), 372. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02502-0>
- Gibson, E. et Downie, J. (2012). Consent requirements for pelvic examinations performed for training purposes. *Canadian Medical Association Journal*, 184(10), 1159-1161. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110725>
- Gill, S. L. (2020). Qualitative Sampling Methods. *Journal of Human Lactation*, 36(4), 579-581. <https://doi.org/10.1177/0890334420949218>
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235-260. <https://doi.org/10.1163/156916297X00103>
- Gkiouleka, A., Huijts, T., Beckfield, J. et Bamba, C. (2018). Understanding the micro and macro politics of health: Inequalities, intersectionality & institutions-A research agenda. *Social Science & Medicine*, 200, 92-98. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.025>
- Goffman, D., Brodman, M., Friedman, A. J., Minkoff, H. et Merkatz, I. R. (2014). Improved obstetric safety through programmatic collaboration. *Journal of Healthcare Risk Management*, 33(3), 14-22. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jhrm.21131>
- Goldberg, E. (2020). *She Didn't Want a Pelvic Exam. She Received One Anyway*. New York Times. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://www.nytimes.com/2020/02/17/health/pelvic-medical-exam-unconscious.html>

- Greenwood, S., Perrin, A. et Duggan, M. (2016). *Social Media Update 2016*. Pew Research Center. Récupéré le 20 février de <https://www.pewresearch.org/internet/2016/11/11/social-media-update-2016/>
- Guest, G., Namey, E. et Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLOS ONE*, 15(5), e0232076. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>
- Gueta, K. (2020). Exploring the promise of intersectionality for promoting justice-involved women's health research and policy. *Health & Justice*, 8(1), 1-10.
- Gumarang Jr., B. K. (2022). Unraveling the Untold Stories of University Students on Mental Health Struggles: An Exploratory Study. *International Journal of Qualitative Research*, 2(1), 48-53. <https://doi.org/10.47540/ijqr.v2i1.570>
- Gyn&co. (2019). *Qui sommes-nous?* Récupéré le 3 février 2022 de <https://gynandco.wordpress.com/qui-sommes-nous/>
- Hache, C. (2015, 28 octobre). Des touchers vaginaux sur des patientes endormies : "C'était pour apprendre". *L'Express*. https://doi.org/https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/des-toucheurs-vaginaux-sur-des-patients-endormis-c-etait-pour-apprendre_1730426.html
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. et O'Connor, D. B. (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 11(7), e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Hall, T. M., Basson, P. J. et Patricios, J. S. (2020). South African professional Super Rugby players' lived experiences of career-related traumatic injuries: A descriptive phenomenological analysis. *S Afr J Sports Med*, 32(1), v32i31a8622. <https://doi.org/10.17159/2078-516X/2020/v32i1a8622>
- Hammersley, M. (2015, 2015/11/02). Sampling and thematic analysis: a response to Fugard and Potts. *International Journal of Social Research Methodology*, 18(6), 687-688. <https://doi.org/10.1080/13645579.2015.1005456>
- Hand, L. C., Thomas, T. H., Belcher, S., Campbell, G., Lee, Y. J., Roberge, M., Lizaso, C., Sparacio, D. et Donovan, H. S. (2018). Caregiving Is a Marathon, Not a Road Race: Reenvisioning Caregiver Support Services in Gynecologic Oncology. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 28(9), 1722. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000001360>
- Haraway, D. (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, 14(3), 575-599. <https://doi.org/10.2307/3178066>
- Harding, S. (1987). Introduction: Is there a Feminist Method. Dans *Feminism and Methodology* (p. 1-14). Indiana University Press.
- Harper, E. et Kurtzman, L. (2014). Intersectionnalité : regards théoriques et usages en recherche et en intervention féministes: présentation du dossier. *Nouvelles pratiques sociales*, 26(2), 15-27. <https://doi.org/10.7202/1029259ar>
- Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. (2018). *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical, des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme* (2018-06-26-SAN-034). Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
- Hearn, F., Biggs, L., Wallace, H. et Riggs, E. (2022, 2022/09/01/). No one asked us: Understanding the lived experiences of midwives providing care in the north west suburbs of Melbourne during the COVID-19 pandemic: An interpretive phenomenology. *Women and Birth*, 35(5), 447-457. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.008>
- Heidegger, M. (1953/2010). *Being and Time* (J. Stambaugh, trad.). State University of New York Press.
- Heidegger, M. (1953/2014). *Introduction to Metaphysics* (2 éd.; G. Fried et R. Polt, trad.). Yale University Press.

- Hiestand, K. R., Horne, S. G. et Levitt, H. M. (2007, 2007/09/01). Effects of Gender Identity on Experiences of Healthcare for Sexual Minority Women. *Journal of LGBT Health Research*, 3(4), 15-27. <https://doi.org/10.1080/15574090802263405>
- Hill Collins, P. (2015). Intersectionality's definitional dilemmas. *Annual review of sociology*, 41, 1-20.
- Hill Collins, P. (2016). La politique sexuelle de la féminité noire. Dans P. Hill Collins (dir.), *La pensée féministe noire. Savoir, conscience et politique de l'empowerment* (p. 209-244). Éditions du remue-ménage.
- Hill Collins, P. (2022). *Black Feminist Thought, 30th Anniversary Edition: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment* (1 éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003245650>
- Hine, D. C. (1989). Rape and the Inner Lives of Black Women in the Middle West: Preliminary Thoughts on the Culture of Dissemblance. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 14(4), 912-920. <https://doi.org/https://doi.org/10.1086/494552>
- Hoffmann, D. E. et Tarzian, A. J. (2001). The Girl Who Cried Pain: A Bias against Women in the Treatment of Pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 29(1), 13-27. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2001.tb00037.x>
- hooks, b. (1984). *Feminist Theory: From Margin to Center*. South End Press.
- Horner-Johnson, W., Biel, F. M., Caughey, A. B. et Darney, B. G. (2019, 2019/03/01/). Differences in Prenatal Care by Presence and Type of Maternal Disability. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(3), 376-382. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.10.021>
- Hsieh, P. (2018). *Pelvic Exams On Anesthetized Women Without Consent: A Troubling And Outdated Practice*. Forbes. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://www.forbes.com/sites/paulhsieh/2018/05/14/pelvic-exams-on-anesthetized-women-without-consent-a-troubling-and-outdated-practice/?sh=25bd0aac7846>
- Husserl, E. (1900/2001). *Logical investigations* (vol. 1; L. Finlay, trad.). Routledge.
- Husserl, E. (1931/2012). *Ideas: General Introduction to Pure Phenomenology* (1 éd.; W. Gibson, trad.). Routledge.
- Husserl, E. (1954/1970). *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology: an Introduction to Phenomenological Philosophy* (D. Carr, trad.). Northwestern University Press.
- Institut de la statistique du Québec. (2022). *Répartition de la population de 25 à 64 ans selon le plus haut niveau de scolarité atteint, la région administrative, l'âge et le sexe, Québec* : Institut de la statistique du Québec, .
- Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. (s.d.). *Qu'est-ce que les violences obstétricales et gynécologiques?* <https://www.irasf.org/definition-violences-obstetricales-gynecologiques/>
- Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes. (2017). *Préconisations provisoires de l'IRASF contre les violences obstétricales et gynécologiques*. <https://afar.info/biblio/public/3056.pdf>
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Ligne du temps COVID-19 au Québec*. Récupéré le 3 août de <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>
- International Planned Parenthood Federation. (2022). Gynaecological & obstetric violence. <https://europe.ippf.org/sites/europe/files/2022-12/Gynaecological%20and%20Obstetric%20Violence%20-%20IPPF%20EN%20Research%20%26%20Policy%20Paper.pdf>
- Ismail, A. M., Ismail, A. et Hirst, J. E. (2023). Prevalence and risk factors of obstetric violence in the Gaza strip: A retrospective study from a conflict setting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 163(2), 383-391. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14911>
- Jolin-Dahel, L. (2023, May 6). « On en sait trop peu » sur les violences obstétricales, gynécologiques et reproductives. *Le Devoir*. <https://www.ledevoir.com/societe/sante/790315/violences->

[obstetricales-gynecologiques-et-reproductives-au-quebec-on-n-a-meme-pas-encore-d-etat-des-lieux?](#)

- Jung, D. (2021). *Stérilisation forcée des Autochtones : Miller assure que le Canada a pris des mesures*. Radio-Canada. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://ici.radio-canada.ca/espaces-autochtones/1779704/sterilisation-autochtones-miller-canada-chine-ouighours>
- Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M. et Kangasniemi, M. (2016, Dec). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs*, 72(12), 2954-2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>
- Kamel, s. H., Khamis, M. A., Abou-Taleb, H. A. et Ibrahim, W. H. (2021). Quality of life among patients with gynecological Cancer Attending Woman's Health Hospital and their needs of palliative care. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 9(25), 125-135. <https://doi.org/10.21608/asnj.2021.73526.1171>
- Kamp, K., Herbell, K., Magginis, W. H., Berry, D. et Given, B. (2019). Facebook Recruitment and the Protection of Human Subjects. *Western Journal of Nursing Research*, 41(9), 1270-1281. <https://doi.org/10.1177/0193945919828108>
- Kato, T. (2013). Assessing Coping With Interpersonal Stress: Development and Validation of the Interpersonal Stress Coping Scale in Japan. *International Perspectives in Psychology*, 2(2), 100-115. <https://doi.org/10.1037/ipp0000002>
- Kean, J. (2019). Coming to terms: Race, class and intimacy in Australian public culture. *Sexualities*, 22(7-8), 1182-1196.
- Kelly, A. (2015). Trauma-informed mindfulness-based stress reduction: A promising new model for working with survivors of interpersonal violence. *Smith College Studies in Social Work*, 85(2), 194-219.
- Kessler, S. J. et McKenna, W. (1978). Introduction: The Primacy of Gender Attribution. Dans *Gender: An Ethnomethodological Approach* (p. 1-20). University of Chicago Press.
- Khabele, D., Holcomb, K., K. Connors, N. et Bradley, L. (2021). A Perspective on James Marion Sims, MD, and Antiracism in Obstetrics and Gynecology. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 28(2), 153-155. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2020.10.027>
- Kona, P. (2011). *Contextualizing Violence: A Hermeneutical Perspective* (pp. 1-13) : Modern Horizons Journal.
- Kukura, E. (2018, 01/01). Obstetric violence. *Georgetown Law Journal*, 106, 721-801. <https://www.law.georgetown.edu/georgetown-law-journal/wp-content/uploads/sites/26/2018/06/Obstetric-Violence.pdf>
- La collective du 28 mai. (2019). *Stop violences obstétricales et gynécologiques*. <http://stopvog.org/>
- La Presse canadienne. (2021). *La stérilisation forcée est encore présente au pays, dit un comité du Sénat*. Radio Canada. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1798714/sterilisation-forcee-canada-conclusion-comite-senat>
- Lacombe-Duncan, A., Andalibi, N., Roosevelt, L. et Weinstein-Levey, E. (2022). Minority stress theory applied to conception, pregnancy, and pregnancy loss: A qualitative study examining LGBTQ+ people's experiences. *PLOS ONE*, 17(7), e0271945. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271945>
- Layland, E. K., Carter, J. A., Perry, N. S., Cienfuegos-Szalay, J., Nelson, K. M., Bonner, C. P. et Rendina, H. J. (2020). A systematic review of stigma in sexual and gender minority health interventions. *Translational Behavioral Medicine*, 10(5), 1200-1210. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz200>
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L. et Rousseau, C. (2018). La violence obstétricale dans les soins de santé: une analyse conceptuelle. *Recherches féministes*, 31(1), 219-238. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1050662ar>
- Levesque, S., Manon, B., Fontaine, L., Rousseau, C. et Beauchemin-Roy, S. (2016). *Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.33053.51682>

- Lhénoret, S. (2020). *Aux Etats-Unis, la longue histoire de la stérilisation forcée*. Le Monde. Récupéré le 21 janvier 2022 de https://www.lemonde.fr/international/article/2020/10/18/aux-etats-unis-la-longue-histoire-de-l-eugenisme_6056513_3210.html
- Li, L., Hou, Y., Kang, F., Li, S. et Zhao, J. (2020). General phenomenon and communication experience of physician and nurse in night shift communication: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 28(4), 903-911. <https://doi.org/10.1111/jonm.13018>
- Liamputtong, P. (2019). Qualitative Inquiry. Dans P. Liamputtong (dir.), *Handbook of Research Methods in Health Social Sciences* (p. 9-25). Springer. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_53.
- Littleton, H. (2007). An Evaluation of the Coping Patterns of Rape Victims: Integration With a Schema-Based Information-Processing Model. *Violence Against Women*, 13(8), 789-801. <https://doi.org/10.1177/1077801207304825>
- Littleton, H. L. (2010, 2010/04/02). The Impact of Social Support and Negative Disclosure Reactions on Sexual Assault Victims: A Cross-Sectional and Longitudinal Investigation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(2), 210-227. <https://doi.org/10.1080/15299730903502946>
- Lobe, B., Morgan, D. et Hoffman, K. A. (2020). Qualitative Data Collection in an Era of Social Distancing. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1609406920937875. <https://doi.org/10.1177/1609406920937875>
- Lombard, A. et Shaheen-Hussain, S. (2021). *Sur la stérilisation forcée des femmes autochtones au Canada*. Le Devoir. Récupéré le 21 janvier 2021 de <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/596773/canada-sur-la-sterilisation-forcee-des-femmes-autochtones>
- Lorig, K. (2012). Patient-Centered Care: Depends on the Point of View. *Health Education & Behavior*, 39(5), 523-525. <https://doi.org/10.1177/1090198112455175>
- Lorriaux, A. (2018). *On apprend encore aux futurs gynécologues à toucher les patientes endormies sans leur consentement*. Slate. Récupéré le 21 janvier 2022 de <http://www.slate.fr/story/170400/gynecologues-probleme-consentement-apprentissage-externes-medecine-toucheurs-vaginaux-rectaux>
- Lu, L., Ko, Y.-M., Chen, H.-Y., Chueh, J.-W., Chen, P.-Y. et Cooper, C. L. (2022). Patient Safety and Staff Well-Being: Organizational Culture as a Resource. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(6), 3722. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/6/3722>
- Malet, S., Choux, C., Akrich, M., Simon, E. et Sagot, P. (2020). Violence au bloc obstétrical : une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 48(11), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.04.012>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K., Siersma, V. D. et Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies: guided by information power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760.
- Marcilly, A. et Mauri, M. (2018). *Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi : point de vue des patientes* [Université de Grenoble]. Grenoble. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01881279>
- Mark, H., Bitzker, K., Klapp, B. F. et Rauchfuss, M. (2008). Gynaecological symptoms associated with physical and sexual violence. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 167-175.
- Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J. et Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 34(5), e526-e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>
- Matsuzaka, S. et Koch, D. E. (2019). Trans Feminine Sexual Violence Experiences: The Intersection of Transphobia and Misogyny. *Affilia*, 34(1), 28-47.

- McCall, L. (2005). The Complexity of Intersectionality. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 30(3), 1771-1800. <https://doi.org/10.1086/426800>
- McDermott, J. et K. Johnson, C. (2019). *States seek explicit patient consent for pelvic exams*. National Post. Récupéré le 21 janvier 2021 de <https://nationalpost.com/pmnn/news-pmnn/bills-look-special-consent-for-pelvic-exams-under-anesthesia>
- Meier, S., Brig, K., Delay, C., Sundstrom, B., Schwab-Reese, L. et DeMaria, A. L. (2021). "I'm More Open to Talking About It": Women's Experiences With Sexual Abuse and Reproductive Health. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(23-24), NP13136-NP13161. <https://doi.org/10.1177/0886260520905077>
- Merleau-Ponty, M. (1945/2013). *Phenomenology of Perception* (1 éd.; C. Smith, trad.). Routledge.
- Michel, C. et Squires, C. (2018). Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale: les violences obstétricales. *Le Carnet PSY*(8), 22-33. <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/lcp.220.0022>
- Mihret, M. S. (2019). Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1), 600. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4614-4>
- Morrison, S. et Dinkel, S. (2012). Heterosexism and Health Care: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 47(2), 123-130. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00243.x>
- Moseson, H., Zazanis, N., Goldberg, E., Fix, L., Durden, M., Stoeffler, A., Hastings, J., Cudlitz, L., Lesser-Lee, B. et Letcher, L. (2020). The imperative for transgender and gender nonbinary inclusion: beyond women's health. *Obstetrics and Gynecology*, 135(5), 1059. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003816>
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Sage publications. <https://doi.org/10.4135/9781412995658>
- Naderifar, M., Goli, H. et Ghaljaie, F. (2017). Snowball Sampling: A Purposeful Method of Sampling in Qualitative Research. *Strides in Development of Medical Education*, 14(3), -. <https://doi.org/10.5812/sdme.67670>
- Ndame, T. (2023). Phenomenological Studies. Dans J. M. Okoko, S. Tunison et K. D. Walker (dir.), *Varieties of Qualitative Research Methods: Selected Contextual Perspectives* (p. 377-382). Springer.
- Neuman, L. W. (2021). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches* (8 éd.). Pearson.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E. et Moules, N. J. (2017). Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1609406917733847. <https://doi.org/10.1177/1609406917733847>
- Ntinga, S. N. et Maree, J. E. (2015, 2015/01/02). Living with the late effects of cervical cancer treatment: a descriptive qualitative study at an academic hospital in Gauteng. *Southern African Journal of Gynaecological Oncology*, 7(1), 21-26. <https://doi.org/10.1080/20742835.2015.1030890>
- Ojanuga, D. (1993). The medical ethics of the 'father of gynaecology', Dr J Marion Sims. *Journal of Medical Ethics*, 19(1), 28-31. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1136%2Fjme.19.1.28>
- Ollivier, M. et Tremblay, M. (2000). Quelques principes de la recherche féministe. Dans *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche* (p. 17-58). L'Harmattan.
- Omélianenko, I. (2015, 28 septembre). Sur les docks Dans *Collection Témoignages : Maltraitance gynécologique*. I. Omelianenko. <https://www.franceculture.fr/emissions/sur-les-docks/collection-temoignages-maltraitance-gynecologique>
- Oudshoorn, N. (2000). Au sujet des corps, des techniques et des féminismes. Dans D. Gardey et I. Löwy (dir.), *L'invention du naturel. Les sciences et la fabrication du féminin et du masculin* (p. 31-45). Éditions des Archives contemporaines: Histoire des Sciences.
- Paré, I. (2014). *Offensive contre la chirurgie obligatoire*. Le Devoir. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://www.ledevoir.com/culture/medias/407481/transetintersexu>
- Patton, M. Q. (2014). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (4 éd.). Sage Publications.

- Paul, P. V. (2018). Critical Thinking in a Post-Postmodern Age: Noble Endeavor ... or Hopeless Cause? *American Annals of the Deaf*, 163(4), 417-423. <https://doi.org/10.1353/aad.2018.0026>
- Perera, D., Munas, M., Swahnberg, K., Wijewardene, K., Infanti, J. J. et Group, o. b. o. t. A. S. (2022). Obstetric Violence Is Prevalent in Routine Maternity Care: A Cross-Sectional Study of Obstetric Violence and Its Associated Factors among Pregnant Women in Sri Lanka's Colombo District. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 9997. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/16/9997>
- Piorkowski Bocquillon, S. (2018). Sterilization in the United States: The Dark Side of Contraception. *Revue de recherche en civilisation américaine [En ligne]*, 8. <http://journals.openedition.org/rrca/1169>
- Prohaska, A. et Gailey, J. A. (2019). Theorizing fat oppression: Intersectional approaches and methodological innovations. *Fat Studies*, 8(1), 1-9.
- Quéré, L. (2019). Les formes ordinaires du consentement. *Consciences du droit dans la consultation gynécologique. Droit et société*(2), 413-432. <https://doi.org/https://doi.org/10.3917/drs1.102.0413>
- Ranse, J., Arbon, P., Cusack, L., Shaban, R. Z. et Nicholls, D. (2020). Obtaining individual narratives and moving to an intersubjective lived-experience description: a way of doing phenomenology. *Qualitative Research*, 20(6), 945-959. <https://doi.org/10.1177/1468794120905988>
- Reb, A. M. et Cope, D. G. (2019). Quality of Life and Supportive Care Needs of Gynecologic Cancer Survivors. *Western Journal of Nursing Research*, 41(10), 1385-1406. <https://doi.org/10.1177/0193945919846901>
- Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica. (2016). *Declaración conjunta [Déclaration commune]*. Récupéré le 22 janvier 2022 de <https://drive.google.com/file/d/0B-ucl20WyuYRZXFOQ18xWGD4d1U/view>
- Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia [Loi organique sur le droit des femmes à une vie sans violence]. (2007). <http://virtual.urbe.edu/gacetas/38770.pdf>.
- Respectées, R. N. (2022, 2022). *Accueil*. Récupéré le 20 juillet de <https://www.naissancesrespectees.org>
- Rhodes, R. (2001). Understanding the Trusted Doctor and Constructing a Theory of Bioethics. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 22(6), 493-504. <https://doi.org/10.1023/a:1014430208720>
- Ricci, S., Tergas, A. I., Long Roche, K., Fairbairn, M. G., Levinson, K. L., Dowdy, S. C., Bristow, R. E., Lopez, M., Slaughter, K., Moore, K. et Fader, A. N. (2017, 2017/11/01/). Geographic disparities in the distribution of the U.S. gynecologic oncology workforce: A Society of Gynecologic Oncology study. *Gynecologic Oncology Reports*, 22, 100-104. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gore.2017.11.006>
- Robbennolt, J. K. (2009). Apologies and Medical Error. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(2). <https://doi.org/10.1007/s11999-008-0580-1>
- Rowlands, S. et Wale, J. (2019). Sterilisations at delivery or after childbirth: Addressing continuing abuses in the consent process. *Global Public Health*, 14(8), 1153-1166. <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1583265>
- Russo, N. F. et Pirlott, A. (2006). Gender-Based Violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087(1), 178-205. <https://doi.org/10.1196/annals.1385.024>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P. et Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Sensoy, Ö. et DiAngelo, R. (2017). *Is Everyone Really Equal?: An Introduction to Key Concepts in Social Justice Education* (J. A. Banks, dir. Deuxième éd.). Teachers College Press.
- Sibeoni, J., Verneuil, L., Manolios, E. et Révah-Levy, A. (2020, 2020/08/26). A specific method for qualitative medical research: the IPSE (Inductive Process to analyze the Structure of lived

- Experience) approach. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 216. <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01099-4>
- Sim, J., Saunders, B., Waterfield, J. et Kingstone, T. (2018, 2018/09/03). Can sample size in qualitative research be determined a priori? *International Journal of Social Research Methodology*, 21(5), 619-634. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1454643>
- Simkin, P. (2011). Pain, Suffering, and Trauma in Labor and Prevention of Subsequent Posttraumatic Stress Disorder. *J Perinat Educ*(3), 166-176. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.20.3.166>
- Simoni, J. M., Smith, L., Oost, K. M., Lehavot, K. et Fredriksen-Goldsen, K. (2017, 2017/01/02). Disparities in Physical Health Conditions Among Lesbian and Bisexual Women: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Journal of Homosexuality*, 64(1), 32-44. <https://doi.org/10.1080/00918369.2016.1174021>
- Siwe, K., Berterö, C. et Wijma, B. (2013). Gynecological patients learning to perform the pelvic examination: a win-win concept. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(2), 73-77.
- Smith, D. E. (1974). Women's Perspective as a Radical Critique of Sociology. *Sociological Inquiry*, 44(1), 7-13. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.1974.tb00718.x>
- Steele, R. et Fitch, M. I. (2008). Supportive Care Needs of Women With Gynecologic Cancer. *Cancer Nursing*, 31(4), 284-291. <https://doi.org/10.1097/01.Ncc.0000305743.64452.30>
- Steyn, L., Mash, R. J. et Hendricks, G. (2022). Use of the Vula App to Refer Patients in the West Coast District: A Descriptive Exploratory Qualitative Study. *South African Family Practice*, 64(1), 1-9. <https://doi.org/10.4102/safp.v64i1.5491>
- Stote, K. (2019). *Stérilisation des femmes autochtones au Canada*. L'Encyclopédie canadienne. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/sterilisation-des-femmes-autochtones-au-canada>
- Svenaesus, F. (2023). The Phenomenology of Objectification in and Through Medical Practice and Technology Development. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 48(2), 141-150. <https://doi.org/10.1093/jmp/ihad007>
- Swahnberg, K., Schei, B., Hilden, M., Halmesmaki, E., Sidenius, K., Steingrimsdottir, T. et Wijma, B. (2007). Patients' experiences of abuse in health care: a Nordic study on prevalence and associated factors in gynecological patients. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 86(3), 349-356. <https://doi.org/10.1080/00016340601185368>
- Swahnberg, K., Thapar-Björkert, S. et Berterö, C. (2007). Nullified: Women's perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 161-167. <https://doi.org/10.1080/01674820601143211>
- Swahnberg, K., Zbikowski, A., Wijewardene, K., Josephson, A., Khadka, P., Jeyakumaran, D., Mambulage, U. et Infanti, J. J. (2019). Can Forum Play Contribute to Counteracting Abuse in Health Care? A Pilot Intervention Study in Sri Lanka. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9), 1616. <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/9/1616>
- Takabayashi-Ebina, A., Higuchi, T., Yokoyama, M., Oishi, M. et Yokoyama, Y. (2023). Survey on the Awareness of Menstruation and Menstruation-Related Problems in Athletes among Public High School Physical Education Teachers. *Japan Medical Association*, 6(1), 55-62. <https://doi.org/10.31662/jmaj.2022-00546>
- Talukdar, S. (2020). Ensuring Risk Awareness of Vulnerable Patients in the Post-Montgomery Era: Treading a Fine Line. *Health Care Analysis*, 28(3), 283-298. <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00396-9>
- Teitel, D. (2019). *La stérilisation forcée n'est pas chose du passé*. Action Canada pour la santé et les droits sexuels. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://www.actioncanadashr.org/fr/nouvelles/2019-05-10-la-sterilisation-forcee-nest-pas-chose-du-passe>
- Thèse-z-vous. (s.d.). *Rédiger plus, mieux et ensemble*. Récupéré le 20 juillet de <https://www.thesez-vous.com>

- Thomas, K. B. (2020). Intersectionality and Epistemic Erasure: A Caution to Decolonial Feminism. *Hypatia*, 35(3), 509-523. <https://doi.org/10.1017/hyp.2020.22>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Tracy, S. J. (2013). Developing Contextual Research that Matters. Dans S. J. Tracy (dir.), *Qualitative Research Methods: Collecting Evidence, Crafting Analysis, Communicating Impact* (1 éd., p. 1-19). Blackwell Publishing.
- Trudel, L., Simard, C. et Vonarx, N. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire? *Recherches Qualitatives, Hors série*(5), 38-45. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v5/trudel.pdf
- Tufford, L. et Newman, P. (2012). Bracketing in Qualitative Research. *Qualitative Social Work*, 11(1), 80-96. <https://doi.org/10.1177/1473325010368316>
- Ubelacker, S. (2012). *Examens pelviens sous anesthésie: politique floue*. Métro. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://journalmetro.com/inspiration/manger-et-boire-local/4309/examens-pelviens-sous-anesthesie-politique-floue/>
- United Nations. (2018, October 18). ‘Virginity testing’: a human rights violation, with no scientific basis. *UN News*. <https://news.un.org/en/story/2018/10/1023401>
- Vacaflor, C. H. (2016, 2016/01/01). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 65-73. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.05.001>
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Dewar, B., Rahmani, A. et Ghafourifard, M. (2018). Nurse’s perceptions of organisational barriers to delivering compassionate care: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 25(5), 580-590. <https://doi.org/10.1177/0969733016660881>
- van Manen, M. (2014). *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. Left Coast Press.
- van Manen, M. (2017). But Is It Phenomenology? *Qualitative Health Research*, 27(6), 775-779. <https://doi.org/10.1177/1049732317699570>
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., Declercq, E. et the, G.-U. S. S. C. (2019, 2019/06/11). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>
- Verdonk, P., Benschop, Y. W. M., de Haes, H. C. J. M. et Lagro-Janssen, T. L. M. (2009). From gender bias to gender awareness in medical education. *Advances in Health Sciences Education*, 14(1), 135-152. <https://doi.org/10.1007/s10459-008-9100-z>
- Vivier, T., Moro, M. R., Baubet, T., Pionnie-Dax, N., Grandclerc, S., Spiers, S. et Lachal, J. (2023, 2023/04/03). Gender in the Suicidal Experience: A Qualitative Study among Adolescents. *Archives of Suicide Research*, 27(2), 505-521. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.2021337>
- Von Fischer, C. (2020a). *Das Pronomen ist frei vom Körper - aber es ist nicht frei vom Geschlecht*. Der Tagesspiegel. Récupéré le 14 février 2022 de <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/queerspiegel/gender-und-grammatik-das-pronomen-ist-frei-vom-koerper-aber-es-ist-nicht-frei-vom-geschlecht/25826376.html>
- Von Fischer, C. (2020b). *Das Pronomen ist frei vom Körper - aber es ist nicht frei vom Geschlecht*. Der Tagesspiegel. Récupéré le 14 février de <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/queerspiegel/gender-und-grammatik-das-pronomen-ist-frei-vom-koerper-aber-es-ist-nicht-frei-vom-geschlecht/25826376.html>
- Vuille, M. (2016). Le respect dans les soins gynécologiques: un enjeu de mobilisation féministe. *Chronique féministe*(118), 5-7. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:97546>

- Warner, L., Kurtiş, T. et Adya, A. (2020). Navigating criticisms of intersectional approaches: Reclaiming intersectionality for global social justice and well-being. *Women & Therapy*, 1-16. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/02703149.2020.1729477>
- Weeks, C. (2012). *Pelvic exams without consent still possible under new guidelines: report*. The Globe and Mail. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/pelvic-exams-without-consent-still-possible-under-new-guidelines-report/article534399/>
- Wemaere, A. et Gomez, M. (2015). *Polémique sur le toucher vaginal sans consentement*. Europe 1. Récupéré le 21 janvier 2022 de <https://www.europe1.fr/sante/Polemique-sur-le-toucher-vaginal-sans-consentement-768576>
- Whitaker, C., Stevelink, S. et Fear, N. (2017, 2017/08/28). The Use of Facebook in Recruiting Participants for Health Research Purposes: A Systematic Review. *J Med Internet Res*, 19(8), e290. <https://doi.org/10.2196/jmir.7071>
- Williams, C., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizán, J. et Cormick, G. (2018). Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(10), 1208-1211. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/1471-0528.15270>
- Wingo, E., Ingraham, N. et Roberts, S. C. M. (2018, 2018/07/01/). Reproductive Health Care Priorities and Barriers to Effective Care for LGBTQ People Assigned Female at Birth: A Qualitative Study. *Women's Health Issues*, 28(4), 350-357. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.002>
- Yalley, A. A., Abioye, D., Appiah, S. C. Y. et Hoeffler, A. (2023). Abuse and humiliation in the delivery room: Prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana. *Front Public Health*, 11, 988961. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.988961>
- Yeh, J. et Nagel, E. E. (2010). Patient satisfaction in obstetrics and gynecology: individualized patient-centered communication. *Clinical Medicine Insights: Women's Health*, 3, CMWH. S5870.
- Young, D. S. et Casey, E. A. (2019). An Examination of the Sufficiency of Small Qualitative Samples. *Social Work Research*, 43(1), 53-58. <https://doi.org/10.1093/swr/svy026>
- Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and Feminist Politics. *European Journal of Women's Studies*, 13(2), 193-209. <https://doi.org/10.1177/1350506806065752>