

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EXPÉRIENCES DE VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES ET OBSTÉTRICALES AU QUÉBEC : UNE  
EXPLORATION QUALITATIVE DES RÉACTIONS ET TACTIQUES ADOPTÉES PAR LES  
PERSONNES VICTIMES-SURVIVANTES

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAITRISE EN SEXOLOGIE

PAR

ZÉLIE CHANCOGNE

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

La rédaction de ce mémoire a été traversée par diverses émotions de frustration, d'espoir, de confusion, de lassitude, d'épuisement, de colère, de solitude, d'amusement et de surprise.

Durant ces différents passages, je souhaite souligner le soutien financier de la Faculté des sciences humaines, du département de sexologie, du collectif SAS-femmes mais également et principalement de ma famille qui m'a fortement aidée.

Je veux aussi remercier ma directrice de recherche, Sylvie Lévesque, qui m'a offert un suivi minutieux, qui m'a soutenue et permis de développer de plus fines compétences de recherche.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à tou.te.s les participant.e.s à l'étude qui ont eu la générosité de prêter leur temps bénévole ainsi que leur confiance pour prendre part à ce projet. Leurs témoignages sont riches, émouvants et démontrent une force de vie qui m'a beaucoup inspirée.

Je souhaite souligner l'importance du partage public de mon appel à recrutement par de nombreux organismes et individus tels que le Centre de santé des femmes de Montréal (CSFM), le centre communautaire LGBTQ+ de Montréal (CCLGBTQ), le Centre de Solidarité Lesbienne (CSL), Gynéco positive, le Centre de Femmes de la Vallée de la Matapédia, le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Baie-Comeau – Lumière boréale, le Centre de Femmes les Elles du Nord, le Centre De Femmes l'Étincelle, le Centre de Femmes Montcalm, le Centre des Femmes de Charlevoix, la Clinique des femmes de l'Outaouais, le centre des femmes Afrique au féminin, l'organisme AGIR, l'organisme Sexplique, la Fédération du Québec pour le planning des naissances (FQPN), l'organisme 100 Fibromes, la plateforme Gynéco positive, le réseau des tables régionales de groupes de femmes du Québec, la maison d'aide et d'hébergement pour les femmes de Connivence, la Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie (TCMFM), le Réseau Québécois d'Action Pour La Santé Des Femmes (RQASF), Francine Descarrie, Célyne Lalande ainsi que mon réseau d'ami.e.s.

Je veux également insister sur la pertinence des conseils apportés par les membres du *Laboratoire de recherche sur la santé reproductive et les violences*, pour leurs précieux conseils, leur accompagnement, leur écoute, leurs références et référencement. Des remerciements particuliers à Catherine Rousseau, Carole Boulebsol, Alexandra Toupin, Juliette Chevet et Aurélie Milord.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude envers mon partenaire Charlet Brethome qui m'a accompagnée et conseillée durant toutes les étapes de la réalisation de ce mémoire. Merci pour son soutien informatif et émotionnel infailible, pour ses réflexions et pour son amour. Je souhaite également remercier tous.te.s mes ami.e.s, en particulier Eva Miette Giard, Anaïs Deschamp, Zeynep Torun, Soline Van De Moortele, Marlon Reger, Clara Sapoval, Marianne Rouche et Maud Gorsen pour leur soutien.

Je veux adresser tous mes remerciements au collectif Stop VOG France, à ses membres et sa fondatrice Sonia Bisch. J'ai pu trouver de la motivation grâce à nos nombreux échanges, à des partages de témoignages, à des réflexions et à l'énergie de leur investissement permanent.

Enfin, je souhaite remercier les membres de ma famille qui m'ont soutenue dans mon parcours académique depuis ces huit dernières années. À commencer par mon père, Thierry Chancogne, qui m'a offert son temps précieux et accompagné tant dans les relectures que dans les réflexions théoriques et autour de mes objets d'études. À ma mère, Florence Aknin, qui a toujours répondu à mes appels, qui a été d'un grand soutien émotionnel et qui m'a aussi aidée dans la conception graphique. À ma sœur, Mona Chancogne, pour son soutien, son militantisme et sa créativité.

## AVANT-PROPOS

Au moment où j'écris ce mémoire, de nombreuses femmes et personnes continuent de dénoncer des violences qu'elles subissent en milieu obstétrical et gynécologique. Je pense aux témoignages récents, jusqu'alors ignorés, de femmes autochtones, personnes victimes-survivantes de stérilisations forcées par des professionnel.le.s de la santé québécois et canadien. Je pense aux femmes noires des États-Unis et d'ailleurs qui meurent à la suite d'un accouchement violent sans considération ni empathie. Je pense aux hommes trans et aux personnes non-binaires qui se voient refuser des soins et être insulté.e.s en raison de leur identité de genre. Je pense à la centaine de personnes victimes-survivantes témoignant via la plateforme du collectif stopVOG France. Je pense aux récits d'accouchements, transmis dans l'intérogénération, où la médicalisation, la non-reconnaissance de la souffrance et la violence sont évoquées avec stupeur. Je pense à ces violences toujours invisibilisées, ridiculisées, banalisées et à la fatigue qui vient avec. La fatigue de ce.lles.ux pour qui il n'y a pas eu de soutien, de ce.lles.ux dont l'expérience continue de rejoindre celle de cette communauté silencieuse.

Ce temps révèle une histoire dont on identifie progressivement et doucement les racines profondément ancrées. La lecture et l'écoute des témoignages m'a inspirée et guidée dans cette rédaction. Si je ressens aussi cette fatigue, si je ressens aussi dans mes tripes la souffrance et la douleur infligée, je ne peux qu'être admirative et touchée par ce.lles.ux qui livrent la manière dont elles.iels se relèvent, dont elles.iels se battent et dont elles.iels continuent d'avancer.

*La libération nécessite que l'on construise la conscience de l'oppression et des possibles qui en découlent, qu'on les appréhende en imagination.*  
Haraway, 2006, p. 15

## TABLE DES MATIÈRES

|  |      |
|--|------|
| REMERCIEMENTS.....   | ii   |
| AVANT-PROPOS.....  | iv   |
| LISTE DES TABLEAUX.....  | viii |
| LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....   | ix   |
| RÉSUMÉ.....  | x    |
| ABSTRACT.....  | xi   |
| INTRODUCTION.....  | 1    |
| CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....  | 3    |
| CHAPITRE 2 ÉTAT DES CONNAISSANCES.....   | 7    |
| 2.1 Des contextes historiques et systémiques favorisant les VGO.....   | 7    |
| 2.1.1 La construction des disciplines gynécologique et obstétricale au Québec : entre contrôle reproductif, pathologisation et médicalisation du corps des femmes..... | 7    |
| 2.1.2 Entre patriarcat, racisme, colonialisme et autres systèmes d’oppression.....   | 9    |
| 2.1.3 Enjeux liés aux formations et aux conditions de travail.....   | 10   |
| 2.2 Des mouvements de dénonciation à l’apparition de définitions des VGO.....  | 12   |
| 2.2.1 Une dénonciation portée par des groupes féministes.....  | 12   |
| 2.2.2 Définir les VGO : défis et manifestations.....   | 13   |
| 2.3 Des effets sur les personnes victimes-survivantes de VGO.....  | 15   |
| 2.3.1 Des effets sur le moment des violences.....  | 15   |
| 2.3.2 Des conséquences multiples à plus long terme.....  | 16   |
| 2.4 Des tactiques adoptées pour dépasser les VGO.....  | 16   |
| CHAPITRE 3 CADRE THÉORIQUE.....  | 19   |
| 3.1 Appréhender la violence en contexte gynécologique et obstétrical.....  | 19   |
| 3.1.1 Classifier ses formes.....   | 19   |
| 3.1.2 Comprendre son apparition.....   | 20   |
| 3.1.3 Comprendre, par l’approche du (des) point(s) de vue situé(s), l’expérience des personnes victimes-survivantes de VGO.....  | 22   |
| 3.2 Saisir les réactions et les tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes.....   | 23   |
| 3.2.1 Les résistances, les tactiques collectives et subversives.....   | 24   |
| 3.2.2 L’invention du quotidien, tactiques individuelles, reconnaissance et reconstruction.....   | 24   |
| 3.3 Les objectifs de la recherche.....   | 27   |
| CHAPITRE 4 MÉTHODOLOGIE.....   | 28   |

|   |        |
|---|--------|
| 4.1 Critères d'inclusion .....  | 28     |
| 4.2 Recrutement.....  | 29     |
| 4.3 Canevas d'entretien .....   | 29     |
| 4.4 Procédures .....  | 29     |
| 4.5 Méthodes d'analyses .....   | 30     |
| 4.6 Considérations éthiques.....  | 32     |
| 4.7 Description des participant.e.s.....  | 33     |
| <br>CHAPITRE 5 ARTICLE SCIENTIFIQUE .....   | <br>35 |
| 5.1 Résumé/ <i>Abstract</i> .....   | 36     |
| 5.2 Notes biographiques .....   | 36     |
| 5.3 Les VGO : une réalité fréquente mais invisibilisée .....  | 37     |
| 5.4 Une approche féministe des VGO .....  | 38     |
| 5.5 Méthodologie.....   | 39     |
| 5.5.1 Le recrutement et le profil des participant.e.s.....  | 39     |
| 5.5.2 Collecte des données .....  | 39     |
| 5.5.3 Analyse et traitement des données.....  | 40     |
| 5.6 Résultats .....   | 40     |
| 5.6.1 Des manifestations plurielles de violences .....  | 40     |
| 5.6.2 Réagir aux VGO.....   | 41     |
| 5.6.2.1 Entre paralysie et affirmation de soi.....  | 41     |
| 5.6.2.2 Un travail réflexif : entre le doute et la reconnaissance.....  | 42     |
| 5.6.2.2.1 Un manque de repères pour saisir les VGO .....  | 43     |
| 5.6.2.2.2 L'impossible remise en cause de la pratique médicale.....   | 43     |
| 5.6.2.2.3 Le « chantage médical ».....  | 44     |
| 5.6.3 Tactiques des personnes victimes-survivantes : de la survie à la reconstruction.....  | 45     |
| 5.6.3.1 Sur le moment et à la sortie de la consultation : survivre à la violence et la reconnaître.....                                   | 47     |
| 5.6.3.2 À moyen terme : éviter de revivre la violence.....  | 47     |
| 5.6.3.3 À long terme : protéger les autres.....   | 48     |
| 5.6.3.4 Se reconstruire ou « comment faire pousser des fleurs dans la merde ».....  | 49     |
| 5.7 Discussion .....  | 50     |
| <br>CHAPITRE 6 DISCUSSION .....   | <br>53 |
| 6.1. S'immobiliser ou prendre la parole : des réactions de défense face au danger.....  | 53     |
| 6.2. Penser le travail réflexif dans une perspective féministe.....   | 55     |
| 6.2.1. Une compréhension féministe matérialiste du doute.....   | 55     |
| 6.2.2. Penser les autres obstacles à la reconnaissance .....  | 56     |
| 6.3. Des tactiques adoptées pour survivre à la violence, la reconnaître, ne plus en revivre, protéger les autres et se reconstruire ..... | 58     |
| 6.3.1. Des ressources et habilités individuelles face au manque de soutien institutionnel et social .....                                 | 58     |

|  |    |
|--|----|
| 6.3.2. De la recherche de soutien à l'activisme .....                                  | 60 |
| 6.3.3. Une modification des pratiques médicales vers la reprise de pouvoir .....       | 61 |
| 6.4. Les implications pratiques .....  | 62 |
| 6.5. Les limites de cette étude.....   | 63 |
| 6.6. Perspectives pour les recherches futures .....                                    | 65 |
| CONCLUSION .....   | 66 |
| ANNEXE A ARBRE DE CODES .....  | 68 |
| APPENDICE A AFFICHE D'APPEL À PARTICIPATION (FACEBOOK).....                            | 77 |
| APPENDICE B GUIDE D'ENTRETIEN .....  | 79 |
| APPENDICE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....  | 83 |
| APPENDICE D FICHE SIGNALÉTIQUE .....   | 88 |
| APPENDICE E CERTIFICAT ÉTHIQUE, RENOUVELLEMENT ET FORMULAIRE DE FIN DE<br>PROJET ..... | 90 |
| BIBLIOGRAPHIE.....   | 93 |



## LISTE DES TABLEAUX

|   |    |
|---|----|
| Tableau 4.1. Présentation sommaire des participant.e.s.....   | 34 |
| Tableau 5.1. Classification des violences rapportées.....   | 40 |
| Tableau 5.2. Classification des réactions rapportées .....  | 41 |
| Tableau 5.3. Expérience de violence gynécologique et obstétricale : synthèse des réactions et des tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes ..... | 46 |

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

VGO : violences gynécologiques et obstétricales

SOPK : syndrome des ovaires polykystiques

SSPT : syndrome de stress post-traumatique

## RÉSUMÉ

À la fois violences médicales et violences genrées, les violences gynécologiques et obstétricales (VGO) sont commises par des professionnel.le.s de la santé sur des patient.e.s au cours de leur suivi de grossesse, de leur suivi gynécologique ou de leur accouchement. Cette étude qualitative, menée auprès de neuf femmes cisgenres et d'une personne non binaire, entend explorer l'expérience de personnes ayant subi des VGO au Québec. Elle adopte une perspective féministe matérialiste, une approche des points de vue situés ainsi qu'une compréhension théorique de la reconnaissance et de la reconstruction post-violence. Elle explore les formes de violences subies, les réactions adoptées face à ces dernières et les tactiques utilisées à court, moyen et plus long terme pour les gérer. Grâce à des entretiens semi-dirigés et à une analyse thématique, cette étude rapporte cinq formes de violences commises par les professionnel.le.s de la santé, à savoir la négligence, la violence physique, la violence verbale/psychologique, la violence sexuelle ainsi que la coercition reproductive. Quatre types de réactions ont été abordées par les personnes victimes-survivantes, allant de l'immobilisation, d'une prise de parole, de l'exclamation, à, plus rarement, une fuite de la consultation médicale. Ces dernières se réalisent au travers d'un travail réflexif mettant en tension le doute et la reconnaissance de la violence subie. Malgré des difficultés de soutien social et institutionnel, cette étude démontre que les personnes victimes-survivantes adoptent plusieurs tactiques sur le moment des violences pour leur survivre et les reconnaître. Elles en adoptent d'autres à la suite de la consultation pour ne plus en revivre et à plus long terme pour protéger les autres et se reconstruire. Cette étude appelle à la sensibilisation de la population générale, au soutien des personnes victimes-survivantes de VGO et à une responsabilisation des professionnel.le.s de la santé face à cette problématique.

Mots clés : violence gynécologique et obstétricale; féminisme; médecine; tactiques; réactions; reconstruction; reconnaissance

## ABSTRACT

*Gynecological and obstetrical violence (GOV) are medical and gender-based forms of violence committed by health professionals onto patients during pregnancy, follow-ups or childbirth. This qualitative study, conducted with nine cisgender women and one non-binary person, aims to explore the lived experience of people who have suffered GOV in Quebec. It adopts the situated knowledge theory, a materialist feminist perspective and a theoretical understanding of post-violence acknowledgement and recovery. It explores the forms of violence experienced, the reactions adopted to them, and tactics used in the short-, medium- and long-term to cope with these experiences. Using semi-structured interviews and thematic analysis, this research reports five forms of violence committed by health professionals, namely neglect, physical violence, verbal/psychological violence, sexual violence as well as reproductive coercion. Four types of reactions were reported by victims-survivors, from going rigid, speaking up, exclamations, to, more rarely, fleeing the consultation. These reactions involve reflective work that balances doubt and acknowledgement of the violence experienced. Despite the lack of social and institutional support, victims-survivors adopt several tactics during violence to acknowledge and survive. They adopt additional tactics in the longer term to prevent recurrence and protect others, contributing to their own reconstruction. This study calls for awareness among the general population, support for survivor-victims of GOV, and increased accountability among healthcare professionals regarding this issue. Even if our study cannot be extended to all gynecological and obstetrical consultations, it calls for awareness of the general population, support for survivors and accountability of health professionals in the face of this problem.*

Keywords : gynecological and obstetrical violence; feminism; medicine; strategies; reactions; reconstruction; acknowledgement

## INTRODUCTION

Depuis une dizaine d'années, une vague de témoignages déferle sur les réseaux sociaux à propos de soins gynécologiques et obstétricaux irrespectueux. Par des vidéos (Konbini, 2018), des pétitions (Ensemble contre les violences obstétricales et gynécologiques, 2018), des hashtags (#breaktheSilence; #balancetonuterus; #payetonuterus; #stopVOG), des articles de journaux (Poirée, 2022), des livres (Gabriel et al., 2020; Déchalotte, 2017), des balados (Simard et al., 2017), des bandes-dessinées (Boutant et Mathieu, 2019) ou encore des pièces de théâtre (Debras, 2021), des individus, des collectifs militants tentent de sensibiliser aux réalités des violences gynécologiques et obstétricales (VGO).

On peut donc constater une nouvelle sensibilité à des violences qui demeurent pourtant méconnues. Selon le rapport français du ministère du Haut Conseil à l'Égalité entre les hommes et les femmes (2018), les VGO sont perpétrées par le personnel de la santé sur des patient.e.s au cours de suivis gynécologique, obstétrical ou lors d'un accouchement. Elles s'inscrivent dans le continuum des violences genrées à l'égard des femmes (Lévesque et al., 2018). Selon une étude étasunienne, ce phénomène concerne une femme sur dix rapportant avoir vécu des maltraitements lors de son accouchement (Vedam et al., 2019). S'il n'existe pas encore de données sur la prévalence de ces violences au Québec, l'activisme de nombreux mouvements de dénonciation laisse à penser que ce phénomène y est tout aussi présent (La collective du 28 mai, 2019). Alors qu'elles peuvent entraîner de nombreuses conséquences sur la vie de leurs victimes, les VGO demeurent bien trop souvent invisibilisées, pas ou peu reconnues par les politiques publiques et par les acteur.ice.s du domaine de la santé (Le Regroupement Naissance-Renaissance, 2019a).

La majorité des études scientifiques portant sur le sujet des VGO tente de comprendre les contextes et facteurs qui permettent leur perpétration (Bohren et al., 2015; Liese et al., 2021; Sadler et al., 2016). Ces recherches s'appliquent également à les qualifier (Aleman, 2011; Lévesque et al., 2018) et à mieux cerner leurs manifestations (Chattopadhyay, 2018; d'Oliveira et al., 2002; Kruk et al., 2018; Salinero-Rates et Cárdenas, 2021). Certaines études détaillent leurs multiples conséquences (Bohren et al., 2015; Elmir et al., 2010; HCE, 2018) et tentent de comprendre les besoins d'accompagnement et de soutien des personnes victimes-survivantes (Lévesque et al., 2016). Pourtant, à la suite d'une métasynthèse sélectionnant les publications anglophones, francophones et parfois hispanophones, j'ai retenu seulement 22 études explorant qualitativement les expériences de VGO. Parmi celles-ci, il est notamment question des facteurs qui peuvent favoriser la survenue des VGO. Le rôle des institutions de santé et les interactions entre soignant.e.s et soigné.e.s (Baker et al., 2005), la manière dont le silence (Brüggemann et Swahnberg, 2014), les rapports sociaux de classe et de race renforcent et autorisent ces violences dans le contexte indien (Chattopadhyay

et al., 2018) ou étasunien (Mehra et al., 2020) y sont largement explorés. La plupart de ces études prennent donc pour objet le cadre obstétrical et seules Elmir et ses collègues (2010) semblent s'être intéressées directement à la manière dont les personnes victimes-survivantes racontent, *a posteriori*, ces expériences de violence médicale. Swahnberg et ses collègues explorent, en Suède, les phénomènes de violences gynécologiques. Elles cherchent à saisir les facteurs qui permettent de comprendre les parcours de victimisation des femmes (Swahnberg et al., 2007a) avant de se centrer, via des entrevues semi-dirigées, sur l'expérience de ces femmes et la manière dont elles se racontent (Swahnberg et al., 2007b).

Ainsi, peu de recherches qualitatives s'intéressent à la fois au cadre gynécologique et aux expériences des femmes lors de la perpétration des violences. De plus, il n'est que très rarement fait référence aux processus collectifs et psychologiques qui suivent ces violences et permettent, ou non, aux femmes de se réapproprier les expériences de violences qu'elles ont subies (Elmir et al., 2010 ; Swahnberg et al., 2007a , 2007b). C'est pourquoi il m'a paru nécessaire de me focaliser davantage sur l'expérience de violence gynécologique et obstétricale, au moment des violences mais surtout à leur suite. Par cette recherche, je souhaite participer à la reconnaissance des VGO et au soutien de la parole des personnes victimes-survivantes, trop souvent déniée.

Ce mémoire de maîtrise adoptera une composition par article. Le chapitre 5 synthétisera l'étude et donnera ses résultats en vue d'une diffusion scientifique. Les autres chapitres respecteront le format traditionnel d'un mémoire en proposant d'abord une problématique (chapitre 1); en élaborant ensuite un état des connaissances autour du phénomène traité, soit celui des VGO (chapitre 2); en poursuivant par la présentation du cadre conceptuel de l'étude (chapitre 3); et en déployant les axes méthodologiques adoptés (chapitre 4). Les résultats présentés dans l'article (chapitre 5) seront ensuite discutés (chapitre 6). Enfin, j'achèverai ce mémoire en présentant une conclusion générale des différents thèmes qui y sont traités.

## CHAPITRE 1

### PROBLÉMATIQUE

Les VGO sont d'abord identifiées par des usager.e.s et militant.e.s qui dénoncent leurs expériences de maltraitance lors de leur suivi gynécologique ou de grossesse. Autour des années 2000, des féministes militantes d'Amérique du Sud adoptent la terminologie *VGO* pour qualifier des expériences difficiles et violentes vécues au travers de leurs parcours de soins (HCE, 2018). Très vite, ce nouveau concept herméneutique est réapproprié par des usager.e.s de santé dans la francophonie (HCE, 2018). Comme l'indique Marilène Vuille, cette expression « s'impose dans le 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).

Cette nouvelle terminologie permet en effet de dénouer les langues et de créer des espaces d'expression à propos de maltraitements vécus dans un contexte de suivi gynécologique (diagnostic, dépistage et traitement des affections de l'appareil génital et du sein, prise en charge de la stérilité, régulation des naissances, accompagnement de la ménopause) ou obstétrical (suivi des grossesses et de l'accouchement) (HCE, 2018). Cette libération de la parole montre que les VGO affectent différentes sphères de la vie des personnes victimes-survivantes. En effet, ces violences peuvent provoquer « des séquelles plus ou moins invalidantes qui auront des répercussions à court, moyen et long terme sur la qualité de vie » (IRSAF, 2017, p. 10). Ces conséquences peuvent être d'ordre psychologique, physique, affectif, sexuel, conjugal, familial ou professionnel. Enfin, ces expériences peuvent entraîner une perte de confiance vis-à-vis du personnel médical et détériorer la qualité des suivis, en particulier gynécologiques et obstétricaux (Bohren et al., 2015; Elmir et al., 2010; HCE, 2018).

La vague de dénonciation et de visibilisation des VGO s'inscrit dans le prolongement du mouvement #MoiAussi et de ses techniques de communication (Albenga & Dagorn, 2019). En France, en 2014, l'apparition du hashtag #PayeTonUterus a permis le partage de 7000 témoignages de personnes victimes-survivantes en moins de 24 heures (HCE, 2018). Si le nombre de dépôt de plaintes est toujours faible, les violenté.e.s et témoins continuent toujours à dénoncer les violences qu'elles.iels subissent. Il existe, en France, le compte *Instagram* du collectif @stopVOG qui reçoit actuellement une moyenne de 200 témoignages de personnes victimes-survivantes de violence de ce type par mois (Bisch, 2023). Au Québec, le mouvement de lutte contre les violences perpétrées dans le milieu d'accouchement a précédé de beaucoup ces dénonciations sur les réseaux sociaux. En effet, dès les années 1960, des femmes québécoises se rassemblent et exigent des soins périnataux plus respectueux (Rivard, 2014). Cependant, soixante ans plus

tard, des patient.e.s dénoncent toujours l'existence de soins déshumanisants, maltraitants et violents en contexte gynécologique et obstétrical (La collective du 28 mai, 2019; Poiré, 2022). Ce mouvement demeurera toutefois quasi-invisible. En effet, malgré ces mobilisations, il manque toujours au Québec un support institutionnel susceptible de donner aux VGO une reconnaissance publique.

L'affaire du docteur Climan, en 2014, peut être à ce titre éclairante. Suite à des violences physiques, sexuelles et sexistes à l'encontre de patientes, ce gynécologue-obstétricien québécois a été radié pendant deux ans par le Conseil de discipline du collège des médecins du Québec, ce qui l'empêchait alors d'occuper ses fonctions et l'obligeait à suivre le mentorat d'un collègue médecin (Ferron-Parayre, 2022). Dans le journal *La Presse*, le secrétaire du Collège des médecins du Québec défend pourtant son confrère d'une accusation de viol en plaidant pour un « consentement implicite » en contexte gynécologique (Lessard, 2019). D'autres médecins, même si elles.ils condamnent le geste, soutiennent que ces actes sont rares, « isolés » (Francoeur, 2019, paragr. 2). L'ancienne présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (2014-2021) surenchérit en estimant qu'on ne peut parler de VGO au Québec. Elle y défend l'existence d'une « tolérance zéro » (Francoeur, 2019, paragr. 9) en reléguant ces actes à un problème d'ordre communicationnel, étranger et en particulier européen (Francoeur, 2019). On peut considérer, à l'instar de l'organisme Naissance-Renaissance, que cette représentante institutionnelle évite pudiquement de considérer la réalité des VGO en « se défauss[ant] de sa responsabilité » (Le Regroupement Naissance-Renaissance, 2019b, paragr. 11). Et ce, d'autant que des réglementations et des déontologies médicales répondent déjà à ce problème. On peut ainsi noter avec Audrey Ferron-Parayre (2022) que le code de déontologie des médecins québécois contient « des dispositions particulièrement pertinentes au regard des violences gynécologiques et obstétricales, et plus spécifiquement quant au respect du consentement aux soins, aux commentaires inappropriés et à l'intrusion dans l'intimité des patientes » (Ferron-Parayre, 2022, p. 125), sans que celui-ci ne soit systématiquement appliqué.

Le discours sur les VGO pourrait donc relever d'une certaine polarisation. D'un côté, le savoir surplombant et légal des instances médicales dénierait l'existence de ces phénomènes et la parole des personnes victimes-survivantes sous couvert de son expertise et de « l'autorité de [sa] blouse blanche » (Algrain & al., 2018, p. 159). De l'autre côté, des patient.e.s et femmes citoyen.ne.s raconteraient leurs expériences et tenteraient de donner une visibilité à leurs vécus pour que ces violences cessent (Bisch, 2023; La collective du 28 mai, 2019). Depuis l'apparition de la terminologie *VGO*, les tenants du pôle institutionnel s'ouvrent progressivement aux expériences racontées par les personnes victimes-survivantes. Ainsi, en 2021, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) souhaite prioriser l'amélioration des pratiques



de soin à partir des témoignages de personnes victimes-survivantes en reconnaissant l'existence des VGO (Ferron-Parayre, 2022; Massicoli, 2021).

Le rapprochement entre ces deux pôles se réalise aussi de manière limitée dans le domaine de la recherche scientifique. Bien que de plus en plus d'études prennent en compte le vécu des personnes victimes-survivantes (Basile et Bouchard, 2022; Elmir et al., 2010; Mehra et al., 2020), la recherche s'est longtemps focalisée sur la caractérisation des formes d'agression et sur leurs potentiel.le.s auteur.rices (Baker et al., 2005; Chattopadhyay et al., 2018; Elmir et al., 2010). Il est sans doute temps de réévaluer la place de la victime et sa capacité active de développer des tactiques face à la violence. Dans cette perspective, un certain nombre de questions peuvent servir de repères à cette étude qualitative exploratoire : quels sont les obstacles qui peuvent rendre plus ou moins difficiles la reconnaissance des violences par les personnes victimes-survivantes elles-mêmes? Quelles sont les tactiques que ces personnes victimes-survivantes peuvent alors développer?

« Si seulement j'avais su que les violences obstétricales existaient »

(Beauvais, 2021, paragr. 4)

À elle seule, cette phrase démontre la pertinence sociale de cette recherche. En adoptant une perspective féministe, j'inscris cette étude dans le sillage des vagues de dénonciation des VGO. Je participe au développement des connaissances à ce sujet en espérant enrichir les ressources des usager.e.s du réseau de la santé québécois. J'espère aussi soutenir les mouvements militants féministes en général et les personnes qui ont subi des VGO en particulier. Enfin, j'espère ouvrir par cette recherche une meilleure compréhension de processus peu représentés dans la recherche scientifique, à savoir une reconnaissance de la violence par les personnes victimes-survivantes.

Du point de vue scientifique, je remarque que beaucoup d'études approchent le sujet des VGO dans un contexte d'accouchement (Baker et al., 2005; Beck et al., 2013; Murray de Lopez, 2018; Bellon Sanchez, 2014; Van der Waal et al., 2021). Je reconnais le grand apport de ces recherches aux écrits scientifiques et je souhaite prolonger la visibilisation grandissante des VGO au contexte gynécologique. De plus, peu de données existent sur les processus et conditions des VGO ni sur les stratégies adoptées par les personnes victimes-survivantes pour gérer les violences subies. C'est pourquoi il m'a paru nécessaire de me focaliser davantage sur l'expérience de violence gynécologique et obstétricale, au moment des violences mais surtout à leur suite. Par cette recherche, je souhaite participer à la reconnaissance des VGO et au soutien de la parole des personnes victimes-survivantes, trop souvent déniés. La structure particulière de la séance

gynécologique qui n'est régulièrement encadrée que par un seul médecin (contre une équipe plus large dans le contexte obstétrical) demande, de mon point de vue, une attention particulière (Koechlin, 2022). Comme je l'ai déjà constaté précédemment, peu de recherches valorisent le point de vue situé des personnes victimes-survivantes et leur évocation des processus de reconnaissance et de reconstruction. Plutôt que de prétendre à l'objectivité scientifique, je veux revendiquer la subjectivité experte de ces témoignages. Je tiens à présenter les personnes qui subissent des VGO comme des individus avec un potentiel d'agir.

Enfin, et parce que le champ de recherche sexologique est récent, les études qui s'intéressent aux VGO avec la posture que j'essaie d'adopter sont rares (Lévesque & al., 2016; Lévesque & al., 2018). En effet, ces violences ont en majorité été saisies du point de vue de la justice (Diaz-Tello, 2016; Ferron-Parayre, 2022), du point de vue médical (Brüggermann et Swahnberg, 2014; Elmir & al., 2010; Marcilly & Mauri, 2018), de celui de la santé publique (Bowser & Hill, 2010; Kruk & al., 2018), de la philosophie (Cohen Shabot, 2016), des études de genre (Van der Waal et al., 2021), de la psychologie (Scandurra, 2021), de la sociopolitique (Novello-Vautour, 2021; Sadler & al., 2016), de la communication (Quattrocchi, 2019) et de l'histoire (Rivard, 2014). Ainsi, et parce que ces violences sont très fortement liées aux enjeux de la sexualité, du genre, de la santé sexuelle et reproductive, je me suis saisie de ce phénomène avec une perspective sexologique. Enfin, avec cette recherche, je souhaite autant développer les connaissances en général qu'informer la pratique clinique médicale et sexologique en particulier. Continuer à visibiliser ces phénomènes pourra provoquer une prise de conscience chez les praticien.n.es et les sensibiliser à adopter une posture plus adaptée à l'égard de leurs patient.e.s. Enfin, en valorisant les récits de vie et en insistant sur les processus de reconnaissance et de reconstruction, j'espère participer à la formation d'outils qui pourront soutenir et protéger les personnes victimes-survivantes de VGO.

## CHAPITRE 2

### ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans ce chapitre, je réaliserai un balayage des connaissances actuelles sur le sujet des VGO. En premier lieu, j'aborderai les différents contextes (historiques, sociaux et institutionnels) favorisant l'apparition des VGO (2.1.). Par la suite, je présenterai les mouvements sociaux ayant permis la dénonciation de violences perpétrées lors de suivis gynécologiques, de grossesses ou d'accouchement. J'exposerai la manière dont le nouveau support herméneutique des VGO a permis une actualisation des connaissances sur le sujet, même si une définition partagée soulève encore certains défis pour la recherche scientifique (2.2.). Enfin, je présenterai les divers effets que ces violences peuvent avoir sur la santé de leurs survivant.e.s et les tactiques de survie et de résistance que ces dernie.r.es peuvent adopter face à celles-ci (2.3.).

#### 2.1 Des contextes historiques et systémiques favorisant les VGO

Pour commencer, il semble nécessaire d'envisager le contexte historique, social et institutionnel au sein duquel les VGO apparaissent. Plus spécifiquement en lien avec ma recherche, celui de la construction des disciplines gynécologiques et obstétricales au Québec, qui s'est réalisée au travers d'un contrôle reproductif, d'une pathologisation et d'une médicalisation du corps des femmes (2.1.1.). Par la suite, je poursuivrai en m'intéressant aux facteurs systémiques spécifiques favorisant aujourd'hui la perpétration des VGO. Je me focaliserai en particulier sur les facteurs d'oppression du patriarcat, du racisme et du colonialisme (2.1.2.). Je conclurai cette partie en abordant comment ces facteurs sont entretenus et reproduits par les formations et les institutions médicales actuelles (2.1.3.).

##### 2.1.1 La construction des disciplines gynécologique et obstétricale au Québec : entre contrôle reproductif, pathologisation et médicalisation du corps des femmes

Comme toute construction historique, politique, sociale et culturelle, la biomédecine scientifique occidentale s'inscrit dans un système de croyances, de règles et de normes (Hahn et Gaines, 1985). Cette science « donne[rait] des interprétations publiques [à partir] de théories biologiques » (Ehrenreich et English, 1973, p. 9). À la fin du XIXe siècle, l'ordre social et moral dans lequel s'exerce la médecine s'extirpe de la tutelle religieuse pour s'intégrer dans le cadre de connaissances dites objectives et scientifiques (Ehrenreich et English, 1973). Ce nouveau cadre n'a pas que des avantages. Il justifie aussi « la naturalisation du social, la rationalisation des comportements en fonction du prisme des rôles sexués dont on ne peut s'affranchir » (Le Naour & Valenti, 2001, p. 1).

L'histoire de la médecine a participé à construire les valeurs sociales, culturelles et politiques en « remodelant les frontières du sain, du pathologique, du normal, de l'anormal, tout comme des catégories hommes-femmes » (Edelman, 2003, p. 110). Grâce à la critique féministe, il est désormais admis qu'un contrôle accru du corps médical sur les patientes (Ehrenreich et English, 1973; Hartley, 2003) a engendré une ignorance et une perte de contrôle des femmes vis-à-vis de leur propre corps et, plus largement, de leur propre vie (Cohen Shabot, 2016; Foster, 1995).

Au Québec, la spécialité médicale de la gynécologie s'est développée dans les deux dernières décennies du XIXe siècle (Brodeur, 1991). Cette discipline, auparavant quasi inexistante, aurait été motivée par le désir de contrôler le corps des femmes et ses capacités reproductives (Brodeur, 1991). Dans un contexte de multiples épidémies qui frappent Montréal à la fin du XIXe siècle, il apparaît important de « préserver » la reproduction de la nation québécoise. Le clergé catholique québécois est d'autant plus favorable à cette évolution hygiéniste médicale, qu'elle se réalise dans la crainte de l'assimilation culturelle et religieuse du concurrent anglo-saxon (Brodeur, 1991). Ainsi, le développement de la spécialité qu'est la gynécologie n'est pas le produit d'une demande de la part des femmes québécoises, mais celui d'un besoin de contrôle patriarcal et capitaliste du développement démographique des travailleurs – en l'occurrence des travailleuses (Brodeur, 1991). Le corps des femmes, déjà largement pathologisé par la médecine moderne occidentale (Fussinger et al., 2006; Guyard, 2008; St-Amand, 2013) devient un lieu stratégique de la gestion de la reproduction (Brodeur, 1991). La biomédecine, ayant déjà imposé sa propre vision du corps, des normes et des comportements à adopter, parviendra, par la gynécologie, à transmettre (ou à imposer) aux femmes les fonctions de « génitrice[s], d'éducatrice[s] et de gardienne[s] de la santé au sein de la famille et de la société » (Brodeur, 1991, p. 2). Dans ce contexte, c'est en 1891 qu'ouvre le premier service de gynécologie au Québec, à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal (Brodeur, 1991).

En parallèle, le développement de la médecine obstétricale s'est traduit par une masculinisation et une médicalisation progressive de la naissance (Brodeur, 1991; Rivard, 2014). Au XVIIe siècle, des chirurgiens-accoucheurs commencent à monopoliser un accouchement jusque-là considéré comme dégoûtant, car relié au sang vaginal impur (Shorter, 1984), et traditionnellement pris en charge uniquement par des femmes : des guérisseuses, des marchandes de racines ou d'herbages et des sages-femmes (Brodeur, 1991). Les doctes médecins acquièrent alors la capacité de rétablir le bon fonctionnement des organes reproducteurs de la femme contre le savoir de femmes, décriées comme dangereuses, meurtrières et ignorantes (Brodeur, 1991). Alors qu'au XXe siècle, les sages-femmes acquièrent un certain statut en Europe, le recensement fera apparaître leur disparition complète au Québec à partir de 1891 (Brodeur, 1991). Au XXe siècle, la médicalisation et la pathologisation croissantes du processus physiologique de la grossesse et de

l'accouchement conduiront, dès les années 1960, à la systématisation des accouchements au sein d'institutions hospitalières dirigées par les hommes (Rivard, 2014).

### 2.1.2 Entre patriarcat, racisme, colonialisme et autres systèmes d'oppression

Comme le soulignent Lévesque et ses collaborateurs (2018), l'expression des VGO est conditionnée par des contextes historiques et culturels précis. Le système médical occidental en général, et québécois en particulier, s'est développé au sein d'une société largement patriarcale. Il a transmis et institutionnalisé des stéréotypes et des violences genrées. Des études réalisées à l'international montrent que les maltraitances subies dans les institutions hospitalières sont davantage vécues par des femmes. Une étude suédoise montre qu'environ 13 à 28% (n = 3641) de femmes estiment avoir subi de la maltraitance (psychologique, physique, sexuelle) au cours de leur vie dans les établissements de soin (Swahnberg et al., 2007a) contre 8,1% (n = 2279) d'hommes (Swahnberg et al., 2009). Une étude empirique hollandaise (n = 1741) a également montré que les femmes avaient une moins bonne appréciation des soins de santé que les hommes, rapportant plus de douleurs lors de leur séjour à l'hôpital (Teunissen et al., 2016). Une recherche, cette fois-ci allemande (n = 13 505), a montré que plus de femmes que d'hommes envoyaient des lettres de plainte aux hôpitaux (Schnitzer et al., 2012). Ces plaintes concerneraient des critiques vis-à-vis d'une relation patiente-médecin asymétrique, mais aussi vis-à-vis de l'imposition ou du refus de traitements (médicamenteux ou non) (Schnitzer et al., 2012). Il n'existe pas, à ma connaissance, de prévalence comparative de la maltraitance subie par les hommes et les femmes dans les systèmes de soins québécois ou canadien. Cependant, une recherche menée au Canada montre que pour un diagnostic d'infarctus, les femmes auront un délai de prise en charge plus long que les hommes (Pelletier et al., 2014). De même, elles seront moins amenées à bénéficier de certains traitements (Pelletier et al., 2014), ce qui peut mener à un taux plus fort de mortalité, principalement chez les jeunes adultes (Claassen et al., 2012).

Un autre élément déterminant du contexte culturel est l'histoire coloniale d'un pays. Le contexte postcolonial québécois permet encore la perpétration de violences spécifiques à l'égard des femmes autochtones. Une étude récente montre que, dans la suite d'un système colonial violent, des stérilisations forcées sont toujours réalisées sur des femmes autochtones par les membres du personnel soignant des services de santé québécois (Basile et Bouchard, 2022). Ces pratiques violentes, choquantes et taboues, rappellent des violences similaires commises dans des îles coloniales françaises (la Réunion dans les années 1970 (Vergès, 2017)) ou encore aujourd'hui, dans certains projets concernant Mayotte (Terrien, 2023) à l'encontre de femmes racisées. Une autre conséquence de l'histoire culturelle, en particulier coloniale, est justement l'entretien d'un système racial. Les travaux menés sur les soins différenciés (Schneider, 2023) et les VGO (Cooper Owens, 2017; Van der Waal, 2021) perpétrés à l'égard des femmes immigrantes,

minorisées ou racisées, permettent de mettre en évidence un racisme systémique du milieu de santé occidental en général et québécois en particulier. De même, des recherches ont montré qu'aux États-Unis (Liese et al., 2021; Mehra et al., 2020; Vedam et al., 2019) et aux Pays-Bas (Van der Waal et al., 2021), les taux de morbidité, de mortalité périnatale, mais aussi de violences obstétricales, sont globalement plus élevés chez les personnes racisées.

Au-delà de contextes historiques et culturels, certaines caractéristiques sociales et individuelles peuvent être propices à des manifestations spécifiques de VGO. En fonction de leur âge et des stéréotypes associés, les patient.e.s se verront préférentiellement refuser ou imposer certains traitements ou examens (Corvol et al., 2016; Mbarga, 2015; Ruault, 2015). De même, des femmes handicapées physiques seront plus vulnérables vis-à-vis des violences (Déchalotte, 2017; Pâquet-Deehy et al., 2000). Au Canada, des femmes considérées comme obèses peuvent se voir refuser l'accès à certaines cliniques de fertilité ou à des techniques d'aide à la procréation (Friedman, 2014). Si elles sont enceintes, leurs parcours au travers des contextes médicaux seront très souvent traversés par de la stigmatisation liée à leur poids (Gibbins et al., 2023). L'orientation sexuelle, hors hétérosexualité traditionnelle, pourra mener certaines femmes à se voir refuser certains soins sous le motif de ne pas pratiquer une sexualité « véritable » (Déchalotte, 2016; Ruault, 2015). Les personnes appartenant à des minorités de genre sont également susceptibles de vivre de très fortes violences médicales. Ainsi, des recherches ont pu mettre en évidence des violences chirurgicales perpétrées sur des personnes intersexes (Fausto-Sterling, 2012) ou le refus de l'accès aux soins à des personnes transgenres (Cohen Shabot, 2016; Sbragia et Vottero, 2020).

### 2.1.3 Enjeux liés aux formations et aux conditions de travail

Les formations à l'obstétrique, à la gynécologie et plus largement, à la médecine semblent transmettre des normes et pratiques perpétrant certaines formes de violence (Grenier, 2019). Ainsi, malgré une certaine formation théorique, le consentement thérapeutique est insuffisamment exercé dans les formations pratiques de la gynécologie et de l'obstétrique (Grenier, 2019). De plus, parce qu'on place, au Québec, la santé du fœtus et du bébé au centre des attentions, les intervenantes en périnatalité rapportent avoir du mal à reconnaître la violence ou les souffrances des parturientes en salle d'accouchement (Lévesque et al., 2016). Il est proposé que les dimensions subjectives, spirituelles, psychologiques, culturelles ou émotionnelles, des patient.e.s ou du personnel de santé, sont insuffisamment prises en compte dans l'enseignement et dans la pratique médicale (Van der Waal et al., 2021).

Le milieu médical est aussi caractérisé par une forte culture des rapports hiérarchiques (Bohren et al., 2015; Pache, 2013). Ces rapports concernent déjà l'échelle des différents rôles et la légitimité associée des équipes

médicales (par exemple, chef de service, médecin, interne, infirmière, aide-soignante) (Pache, 2013). Une étude menée en France (n = 2964) démontre ainsi que les supérieurs hiérarchiques constituent 48% des auteurs de violence sexiste vis-à-vis du personnel médical (ISNI, 2017). Parmi ces 48%, 10% sont des chefs de service dont 76,3% sont des hommes (ISNI, 2017). Enfin, le personnel de la santé peut lui-même avoir subi des violences par ses confrères.sœurs lors de sa formation médicale (Brüggemann et Swahnberg, 2014;). Aux États-Unis (n = 1719), 70% des femmes médecins ont pu observer ou subir des préjugés sexistes lors de leurs études ou de l'exercice de leur profession (Jagsi et al., 2016). Dans cette même recherche, 30% de femmes médecins rapportaient avoir été victimes de harcèlement sexuel contre 4% des hommes (Jagsi et al., 2016). Ainsi, ce modèle hiérarchique semble imposer un rapport de domination basé sur le statut qui renforce notamment les rapports sociaux de sexe, qui peuvent engendrer ou autoriser la violence.

Ces rapports concernent également la relation entre médecin et patient.e. En effet, le modèle traditionnel médecin-patient.e, fondé autour d'une asymétrie de pouvoir, place les médecins dans une position docte, experte, et de possesseurs d'un savoir exclusif, tandis que les patient.e.s sont relégué.e.s à une place dénuée de savoir légitime (Pache, 2013; Tuana et Sullivan, 2006). Cette délégitimation du savoir expérientiel réduit l'autonomie des patient.e.s qui peuvent souvent ressentir le fait que leur pouvoir de décision n'est pas considéré (Cohen Shabot, 2015). Aux États-Unis, une étude (n = 2400) montre que parmi les femmes ayant eu recours à une césarienne primaire (une césarienne planifiée après 38 semaines de gestation), 63% attribuent la décision de réaliser cet acte chirurgical à leur médecin, décrit comme un « décideur » (decision maker) (Declercq et al., 2014). Au Québec, certaines intervenantes en périnatalité assignent la perpétration des VGO à une volonté de prise de pouvoir des professionnel.le.s sur la santé des femmes (Lévesque et al., 2016). Ce rapport hiérarchique s'institue aussi alors que les patient.e.s en service gynécologique et obstétrical peuvent ressentir une vulnérabilité supplémentaire. En effet, l'examen pelvien avec ses caractéristiques (se dénuder, se placer dans une position non confortable dans la chaise) provoque souvent chez les patient.e.s un sentiment d'infériorité et d'humiliation ainsi qu'une atteinte à leur intimité (Siwe et al., 2013). La grossesse et l'accouchement sont des moments de forte vulnérabilité, d'épuisement physique et émotionnel dus à la douleur et à la durée du travail des parturient.e.s (White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, 2011).

Un dernier point concerne les conditions de travail. Le système de soins de santé est de plus en plus privatisé, soumis à l'idéologie néolibérale, à des réductions budgétaires (Bédard, 2010) et à la montée du courant managérial (Fortier, 2010). Dans les théories néolibérales et managériales, « l'humain est conçu comme un être rationnel et calculateur, cherchant à maximiser ses intérêts personnels par un comportement opportuniste, stimulé par la compétition et l'appât du gain, lesquels deviennent des sources de performance

et d'innovation » (Fortier, 2010, p. 37). Ces approches ont engendré de nouvelles structurations privilégiant la performance du chiffre, la logique de rentabilité et d'efficacité vis-à-vis de considérations plus relationnelles et émotionnelles. Les prestations de soins et de services tels que des accouchements doivent ainsi être standardisés (Fortier, 2010). Le personnel médical est surchargé (Trudel, 2023). Il doit faire face à un manque de personnel, à des manquements dans les formations académiques, à la non-prise en considération des plaintes à l'interne et à un manque de matériel (Bohren et al., 2015). Ces conditions peuvent entraîner une perte de sens chez le personnel de la santé (Fortier, 2010) et conduire à son désengagement (Mallet, 2021). Ainsi, la violence peut être présente, à la fois dans la formation médicale, entre collègues et envers les patient.e.s. Il semble, de plus, il y avoir des obstacles institutionnels pour reconnaître et condamner l'existence de la violence dans le milieu médical (Ferron-Parayre, 2022). Ceci explicite la difficulté pour les professionnel.le.s de la santé de rendre compte du possible caractère violent de certaines pratiques médicales.

## 2.2 Des mouvements de dénonciation à l'apparition de définitions des VGO

Je vais maintenant rendre compte des vagues de dénonciations portées par des groupes féministes et ayant permis l'émergence du terme *VGO* (2.2.1.). Par la suite, je montrerai comment la recherche scientifique n'est pas encore parvenue à un consensus autour de la définition de ce terme. Je tenterai tout de même de rapporter les principaux éléments constitutifs des VGO et la manière dont ces violences se manifestent (2.2.2.).

### 2.2.1 Une dénonciation portée par des groupes féministes

Au Québec, dès les années 1960, des femmes font la demande de soins périnataux plus respectueux (Rivard, 2014). Les revendications concernent alors la dénonciation d'« abus de nature physique, psychologique et symbolique » (Rivard, 2014, p. 30) en salle d'accouchement. Les femmes québécoises luttent pour l'humanisation des naissances ou pour des accouchements conscients, c'est-à-dire sans anesthésiques ou analgésiques qui altèrent leur état de conscience (Rivard, 2014). C'est donc d'abord dans une critique de la médicalisation et du développement technologique de la naissance que se fonde cette dénonciation (Azcué et Tain, 2021).

Il faut attendre les années 2000 pour que des mouvements de luttes féministes latino-américains proposent la terminologie *VGO* qui souligne la spécificité des violences vécues en milieu de soin (HCE, 2018). En réponse à l'urgence soulevée par ce mouvement, le Venezuela est, en 2007, le premier pays au monde à inscrire *les violences obstétricales* dans son code législatif (Sadler et al., 2016). Le terme se répand alors



dans le monde anglophone pour être ensuite réapproprié et traduit en francophonie par des usagères, militant.e.s et victimes au cours des années 2010 (Azcué et Tain, 2021; HCE, 2018).

La traduction de cette nouvelle appellation dans de nombreuses langues permet une libération élargie de la parole (HCE, 2013). Elle permet de sensibiliser des usagère.s de santé, de reconnaître de potentielles ou anciennes victimes. Elle donne un nom à des expériences souvent tues et invisibilisées. Elle offre des espaces d'expression et de dénonciation (HCE, 2013). En 2013, des femmes autochtones du Canada prennent publiquement la parole pour la première fois pour dénoncer des traitements abusifs, notamment des stérilisations forcées en milieu médical (Basile et Bouchard, 2022). En 2014, la campagne #BreaktheSilence permet le partage des témoignages de nombreuses victimes canadiennes ayant subi des procédures non consenties (épisiotomie, examens vaginaux) et de la coercition lors de leur accouchement (ImprovingBirth.org, 2014). De même, en France, le lancement du hashtag #PayeTonUtérus en 2014 engendre le partage de 7000 récits de VGO en moins de 24h (HCE, 2018). En 2019, la démarche québécoise de la collective du 28 mai permet de relayer l'expérience de victimes et de briser le silence entourant ces pratiques médicales contestables (La collective du 28 mai, 2019).

### 2.2.2 Définir les VGO : défis et manifestations

Il n'existe actuellement pas de consensus sur la définition des *VGO*. Ce terme, provenant des milieux militants, est davantage lié à une herméneutique expérientielle, créant un certain défi pour la recherche scientifique empirique. Le terme est défini de différentes manières. Certaines études parlent de violences basées sur le genre, situées dans le continuum des violences faites aux femmes (Cohen Shabot, 2016; Diaz-Tello, 2016; HCE, 2018; Lévesque et al., 2018; Salinero-Rates et Cárdenas, 2021) et à la croisée des violences institutionnelles du domaine de santé (Alemán, 2011; Perera et al., 2018). Les VGO sont également appréhendées comme une violation des droits civils fondamentaux (Lévesque et al., 2016), comme celui des droits sexuels et reproductifs (Alemán, 2011), mais aussi comme un non-respect du droit de décision pour son propre corps et pour son enfant (Braun et Lalman, 2014). Ces violences peuvent intégrer la perspective du consentement libre et éclairé, où celui des patient.e.s et/ou des parturient.e.s<sup>1</sup> ne serait pas respecté par le personnel soignant (Bowser & Hill, 2010; Lévesque et al., 2016).

Sans l'existence d'une approche partagée, il semble encore difficile au Canada d'estimer une prévalence spécifique de la violence perpétrée en contexte obstétrical et encore moins en contexte gynécologique (Lévesque et al., 2016; Liese et al., 2021). Aux États-Unis, une recherche (n = 2138) a tout de même montré

---

<sup>1</sup> Un.e parturient.e est un terme médical pour définir une personne en train d'accoucher (Parturiente, s.d.).

qu'une femme sur dix (17,3%) était susceptible de vivre des maltraitances (perte d'autonomie, cris, menaces, réprimandes, inattention, refus de soin) durant son accouchement (Vedam et al., 2019).

Le rapport français du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes a proposé de définir les VGO comme « des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur un[.e] patient[.e] au cours d[e son] suivi gynécologique et obstétrical » (HCE, 2018, p. 32). Le suivi gynécologique et obstétrical comprend :

Le diagnostic et le traitement des maladies de l'appareil génital et du sein (maladie de l'utérus, de l'ovaire, du sein, maladies sexuellement transmises), le dépistage des cancers gynécologiques par des frottis et des mammographies en collaboration avec des radiologues, la prise en charge du traitement de la stérilité, la régulation des naissances (contraception ou l'interruption volontaire de grossesse) et le traitement des troubles de la ménopause. L'obstétrique est la surveillance du déroulement de la grossesse et de l'accouchement (HCE, 2018, p. 3).

Le type de consultation et les procédures médicales engagées déterminent les manifestations de ces violences. En effet, elles diffèrent selon si elles se déroulent lors d'un suivi gynécologique, d'un suivi de grossesse ou lors d'un accouchement.

Au niveau de leurs manifestations, ces violences peuvent prendre la forme de *violences psychologiques et/ou verbales* (une rétention d'informations par le personnel médical, des menaces, des injures, des cris, de l'humiliation, des propos ironiques, infantilisants ou porteurs de jugements) (Chattopadhyay, 2018; d'Oliveira et al., 2002; HCE, 2018; Salinero-Rates et Cárdenas, 2021). Elles peuvent aussi se manifester par de *la négligence* (laisser un.e patient.e seul.e, ne pas prodiguer une information complète, manquer d'empathie) (d'Oliveira et al., 2002; Kruk et al., 2018; Marcilly et Mauri, 2018). Par exemple, une étude quantitative menée au Chili (n = 4563) a démontré que 37,3 % patient.e.s en gynécologie se sont déjà senti.e.s ignoré.e.s ou infantilisé.e.s lorsqu'elles.ils posaient des questions sur leur santé gynécologique (Salinero-Rates et Cárdenas, 2021). La perpétration de *iatrogénèses médicales* (traitements non nécessaires, voire dangereux pour les patient.e.s tels que des épisiotomies) (Chattopadhyay, 2018) ou de *procédures médicales imposées de manière coercitive* (Lévesque et al., 2016) sont également des manifestations de VGO. Elles peuvent aussi prendre la forme de *violences physiques* (claque, coup, refus de soulager la douleur, épisiotomies, sutures à vif, examens vaginaux sans consentement préalable) (Bowser et Hill, 2010; d'Oliveira et al., 2002; Kruk et al., 2018). En effet, 19,9 % des participant.e.s de l'étude de Salinero-Rates et Cárdenas (2021) déclarent que le personnel médical a effectué des procédures leur causant intentionnellement de la douleur. Enfin, les patient.e.s peuvent également subir des *violences sexuelles* (harcèlement, agression, viol) au cours de leur suivi gynécologique, de leur suivi de grossesse ou lors de

leur accouchement (HCE, 2018). L'étude citée précédemment a mis en évidence que 17,6 % des patient.e.s ont estimé avoir été la cible de propos sexuels tendancieux tandis que 9 % ont estimé avoir été victimes-survivantes de violences sexuelles (tandis que 5,4% n'en étaient pas sûres) (Salinero-Rates et Cárdenas, 2021).

Ainsi, les VGO sont des violences qui ont spécifiquement lieu dans le cadre d'un suivi gynécologique et obstétrical et sont co-construites par des rapports de domination propres au milieu médical et aux rapports sociaux de genre. Les VGO se manifestent de différentes formes selon l'évolution des pratiques, des techniques et selon les contextes. La plupart du temps, le terme de *VGO* permet de rendre compte d'agressions de la part du personnel soignant, de non-respect du consentement, de procédures imposées, mais aussi de négligence et d'absence de suivi.

### 2.3 Des effets sur les personnes victimes-survivantes de VGO

Cette dernière partie permettra de présenter les nombreux effets que les VGO peuvent avoir sur la vie de leurs survivant.e.s. J'ai souhaité rapporter les résultats portant sur les conséquences de ces violences, car ils permettent, du moins en partie, de saisir certaines réactions et états internes des personnes victimes-survivantes au moment de la violence et à sa suite. En exposant d'abord les effets qu'elles peuvent avoir à court terme, c'est-à-dire au moment des violences (2.3.1.), je présenterai les conséquences diversifiées qu'elles peuvent aussi engendrer à plus long terme (2.3.2.). Enfin, je terminerai ce chapitre en rapportant les tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes à la suite de VGO (2.3.3.).

#### 2.3.1 Des effets sur le moment des violences

Sur le moment des violences, les personnes victimes-survivantes rapportent vivre des *sentiments d'annulation*, c'est-à-dire une perte d'autonomie et de dignité, un état de frustration et d'anxiété (Swahnberg et al., 2007b). Elles peuvent s'immobiliser, éprouver de la sidération et une anesthésie émotionnelle au moment des expériences de VGO (Marcilly et Mauri, 2018). Elles peuvent également éprouver de la surprise, de la peur, du mal-être, de la colère, de la déception et une sensation d'abandon de la part du corps médical (Baker et al., 2005; Marcilly et Mauri, 2018; Murray de Lopez, 2018). Ces réactions peuvent mener les personnes victimes-survivantes à éprouver de la honte, un sentiment d'échec et de la culpabilité vis-à-vis du fait de ne pas arriver à repousser un geste ou de ne pas être en mesure de répondre à une remarque blessante (Baker et al., 2005; HCE, 2018).

### 2.3.2 Des conséquences multiples à plus long terme

À plus long terme, les VGO peuvent entraîner chez leurs survivant.e.s « des séquelles plus ou moins invalidantes et qui auront des répercussions à court, moyen et long terme sur la qualité de vie » (IRASF, 2017, p.10). Des *conséquences psychologiques* ont été rapportées, telles que l'apparition de stress post-traumatique, d'idées suicidaires, de symptômes dépressifs, d'altérations cognitives et émotionnelles (Elmir et al., 2010; HCE, 2018). Des *conséquences physiques* ont aussi été constatées, telles que des séquelles à la suite d'une chirurgie violente (HCE, 2018). Les personnes victimes-survivantes de VGO rapportent parfois vivre des *conséquences professionnelles* telles que des arrêts de travail (HCE, 2013). Des *conséquences sur le suivi gynécologique, obstétrical et médical* ont également été documentées. En effet, il arrive que les personnes victimes-survivantes modifient ou cachent certaines informations aux professionnel.le.s de la santé qu'elles consultent, qu'elles ne posent plus de questions par peur d'être jugées ou qu'elles évitent les consultations gynécologiques et/ou obstétricales (Bonher et al., 2015; HCE, 2018). Des *conséquences affectives, conjugales et/ou familiales* sont également mentionnées. Les personnes victimes-survivantes témoignent d'un repli sur elles-mêmes, d'une dégradation de leur climat conjugal, du refus d'une nouvelle grossesse, du rejet ou encore de la surprotection de leur enfant (Elmir et al., 2010; HCE, 2018). Enfin, elles rapportent des *conséquences sexuelles*, à savoir une dégradation de leur vie sexuelle, le dégoût ou le rejet de la sexualité, une perte de désir sexuel, du vaginisme ou encore le sentiment d'avoir perdu leur féminité (Boyer et Bartlett, 2017; Déchalotte, 2017; Elmir et al., 2010).

### 2.4 Des tactiques adoptées pour dépasser les VGO

Il est difficile de savoir si, sur le moment des VGO, les personnes victimes-survivantes reconnaissent ou prennent conscience des violences dont elles sont l'objet. Elles vont peut-être avoir une intuition ou la sensation d'un déroulement anormal (Déchalotte, 2017). Le délai entre « l'expérience de détresse, souffrance ou violence et la prise de conscience de cette dernière peut varier selon chaque femme » (Lévesque et al., 2016, p. 20). Ce délai peut être d'un ou deux jours après l'évènement, mais peut atteindre des mois ou des années (Lévesque et al., 2016). De même, la reconnaissance des conséquences traumatiques suivant l'expérience des violences peut prendre un certain temps (Beck et al., 2013). Ce délai peut s'expliquer par le fait que pendant leur accouchement, les patient.e.s peuvent être focalisé.e.s sur la santé de leur(s) enfant(s) à naître (Lévesque et al., 2016). Il peut aussi être lié à une inversion de la culpabilité, à une responsabilisation des personnes victimes-survivantes, ou encore, à une minimisation sociale des actes commis par les professionnel.le.s de la santé (Déchalotte, 2017; HCE, 2018). La difficulté à remettre en question l'autorité médicale (Bonher et al., 2015), le fait que les actes de santé soient pensés comme forcément légitimes et scientifiquement justifiés (Wuest, 1994) pourront aussi mener à un délai de conscientisation. Enfin, les personnes victimes-survivantes peuvent avoir l'impression qu'elles vivent un

acte isolé : « plusieurs d'entre elles étaient intimement convaincues d'être les seules à avoir subi ce type de violences » (Basile et Bouchard, 2022, p. 50).

Une étude suédoise (n = 420) a montré qu'à terme, une majorité des participant.e.s (58%) perçoit les expériences subies comme abusives (Swahnberg et al., 2006). Ces résultats soulignent toutefois le fait qu'un fort pourcentage de personnes victimes-survivantes (42%) ne reconnaissent pas les actes de violence vécus (Swahnberg et al., 2006). La recherche de Kruk et al. (2018) montre que, malgré l'expérience de VGO, plusieurs survivant.e.s témoignent d'un sentiment de satisfaction vis-à-vis de leur accouchement.

Dans le même sens, peu d'études font état des tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes de VGO pour gérer les violences subies. Dans la plupart des études, les réactions et tactiques peuvent être davantage documentées comme des conséquences de VGO. Par exemple, le silence ou le fait de ne pas porter plainte vis-à-vis des traitements subis sont des comportements communément adoptés par les personnes victimes-survivantes (Basile et Bouchard, 2022; Bohner et al., 2015; Brüggemann, 2012). Ces comportements peuvent être analysés par l'étude de Murray de Lopez (2018) comme des tactiques pour se prémunir contre de nouvelles violences. D'autres études les documentent davantage comme des conséquences (Bonher et al., 2015; HCE, 2018) ou comme des effets directs de la normalisation et de la banalisation des VGO (Lévesque et al., 2018). Ainsi il serait « pratiquement impossible pour une femme de parler de maltraitances subies lors d'une consultation en gynécologie et plus encore lors d'un accouchement » (Déchalotte, 2017, p. 9). Limiter ou arrêter totalement la fréquentation des services de santé peuvent être considérées comme des conséquences (HCE, 2018) ou comme des tactiques d'évitement des VGO (Murray de Lopez, 2018).

Pour finir ce chapitre, j'envisagerai la prise de parole qui est quant à elle principalement analysée comme une tactique de lutte contre les VGO (Murray de Lopez, 2018). Cette prise de parole est actuellement majoritairement réalisée au travers des réseaux sociaux, notamment par le biais de Twitter (maintenant X) (#PayeTonUterus; #balancetongynéco; #MeTooPelvic), de groupes Facebook ou Instagram (@stopVOG). Elle est suscitée par une première expérience, « à la source d'une prise de conscience de l'injustice et de la volonté de lutter contre » (Larzillière, 2018, p. 111). Le partage d'expérience et la dénonciation semblent, selon des intervenantes en périnatalité, être l'occasion d'une mise en action et d'un soulagement chez les personnes victimes-survivantes (Lévesque et al., 2016). Il est possible de considérer aussi des sensibilisations et partages entretenus par des collectifs pratiquant l'auto-gynécologie (Koechlin, 2019). La *praxis* de l'auto-gynécologie est souvent adoptée par des personnes ayant subi des expériences négatives, « déshumanisantes » voire violentes en contexte gynécologique (Koechlin, 2019). Elle répond à une critique

plus globale du pouvoir médical et de son exercice sur le corps des femmes, mais relève aussi d'une volonté d'empouvoirement et de réduction du rapport asymétrique avec les professionnel.le.s de la santé (Koechlin, 2019).

## CHAPITRE 3

### CADRE THÉORIQUE

Pour explorer les VGO, je combine plusieurs perspectives théoriques que je présenterai dans ce chapitre. Je montrerai d'abord comment ces approches me permettent de classer les formes de violences rapportées, mais aussi de les comprendre dans un spectre féministe plus large des rapports sociaux (3.1.). Ensuite, j'exposerai les approches choisies pour distinguer les réactions et les tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes. Je proposerai des théories féministes, psychologiques, sociologiques et issues de la justice sociale me permettant de penser des tactiques individuelles et collectives (3.2.). Je finirai ce chapitre en qualifiant les objectifs de cette recherche (3.3.).

#### 3.1 Appréhender la violence en contexte gynécologique et obstétrical

Je commencerai ce chapitre en proposant deux approches principales me permettant d'appréhender les VGO et leur contexte d'apparition. La perspective classificatoire de l'étude d'Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira et de ses collaborateurs (2002) me sert à analyser les VGO rapportées à l'étude (3.1.1.). L'approche féministe matérialiste (Kergoat, 2001, 2010, 2012; Mathieu et Ruault, 2011, 2017) me fait appréhender la violence et les rapports sociaux qui s'y actualisent d'une manière plus globale (3.1.2.). Finalement, je montrerai comment la perspective épistémologique des savoirs situés (Haraway, 2007) me permet de valoriser l'expérience des personnes victimes-survivantes autant que de qualifier ma posture de chercheuse (3.1.3.).

##### 3.1.1 Classifier ses formes

Pour identifier les violences subies par les participant.e.s de cette étude j'utilise la classification d'Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira et de ses collaborateurs (2002). Cette classification me semble intéressante en ce qu'elle rend compte avec clarté des différentes formes de violences apparaissant dans le contexte gynécologique et obstétrical. Elle se compose de quatre catégories: la négligence, la violence verbale, la violence physique et la violence sexuelle.

La *négligence* peut se manifester par le fait de laisser sans surveillance une personne en train d'accoucher. Elle peut aussi être marquée par la non-délivrance des informations nécessaires pour que les patient.e.s puissent consentir et comprendre adéquatement les procédures exercées. Le personnel de santé peut faire preuve d'inattention, d'indifférence, de manque d'empathie, de manque de considération, de manque de soutien ou encore, de mépris vis-à-vis de la douleur éprouvée par les patient.e.s. La *violence verbale* est

documentée par les aut.eur.rice.s comme la présence de menaces, de réprimandes, de cris et des gestes visant à humilier les patient.e.s. Ces dernièr.e.s peuvent également subir des insultes, être stigmatisé.e.s ou moralisé.e.s. La *violence physique* comprend le refus de soulager la douleur lorsque cela est pourtant préconisé. Elle recouvre également des claques, des coups, des sutures à vif. Enfin, la *violence sexuelle* regroupe le harcèlement sexuel, les propos à caractère sexuel ainsi que le viol.

La classification pourrait être augmentée d'une nouvelle catégorie de *coercition reproductive* constituant une cinquième forme de violence spécifique. Cette forme, majoritairement discutée dans des contextes de violence conjugale, a été définie ailleurs comme « un comportement qui interfère avec la prise de décision autonome d'une femme en ce qui concerne sa santé reproductive » (Grace et Anderson, 2018, p. 372, traduction libre).

### 3.1.2 Comprendre son apparition

L'approche du féminisme matérialiste peut être utile pour comprendre l'apparition des VGO dans une perspective plus large. Cette vision du féminisme, proposée par Christine Delphy en 1975 au travers du pamphlet *Pour un féminisme matérialiste*, est devenue un courant théorique et politique s'inspirant du marxisme pour valoriser et étudier les sujets politiques assignés au féminin (Bidet-Mordrel et al., 2016). Cette approche peut se définir comme « un travail collectif de théorisation des catégories de sexe: en termes de classe et des rapports les unissant, suivant les principes de l'unité des contraintes et du matérialisme; en termes de rapports sociaux y compris d'exploitation, de dépossession ou d'appropriation » (Bidet-Mordrel et al., 2016, p. 5-6). Elle me permet de considérer le cadre gynécologique et obstétrical et les discours qui y sont entretenus comme *un espace de tension* (Kergoat, 2001) qui produit et reproduit les rapports sociaux de sexe, de classe, de race, d'âge, de statut migratoire, d'orientation sexuelle, de validité physique, etc. (Kergoat, 2010).

Ces rapports sociaux se basent sur des divisions sociales du travail consistant en une opposition/hiéarchisation de la production et de la reproduction (Kergoat, 2010). Dans un cadre gynécologique et obstétrical, on peut considérer que ces divisions sociales se créent autour du *travail reproductif* (Mathieu et Ruault, 2014) des patient.e.s. L'usage du terme travail, en dehors du travail salarié, permet de valoriser les activités procréatives, mais aussi d'empêcher toute volonté de naturalisation des patient.e.s du contexte gynécologique et obstétrical (Hertzog et Mathieu, 2021). Ce travail est réalisé par des séquences impliquant « la régulation de la fécondation, l'entretien et la surveillance sanitaire des sexualités, le suivi gynécologique comme l'accouchement, les arrêts de grossesse (avortements – interruptions volontaires de grossesse [IVG] ou pour motif médical – et fausses-couches), l'assistance



médicale à la procréation (AMP) » (Mathieu et Ruault, 2017 dans Hertzog et Mathieu, 2021, p. 7). Il implique une tension entre, d'un côté, un réseau de praticien.ne.s et d'institutions, notamment médicales, assurant un contrôle et une surveillance du travail reproductif. De l'autre, il est composé de patient.e.s doté.e.s de capacités reproductives assigné.e.s à des valeurs hétérosexuelles, féminines, naturelles et maternelles, assurant la reproduction d'une force de travail social (Cardi et al., 2016).

Les violences perpétrées dans le contexte gynécologique et obstétrical constituent ce que Nicole Claude Mathieu pourrait appeler les « violences permanentes » (Mathieu, 1985, p. 9), étant à la fois comme un outil et une expression de la domination hétéropatriarcale. Elles se situent plus largement dans le continuum des violences de genre (Cohen Shabot, 2016; Diaz-Tello, 2016; HCE, 2018; Lévesque et al., 2018), sur l'ensemble « des séquences » (comparées à des postes de travail) (Mathieu et Ruault, 2014, p. 43) du travail reproductif. Ces violences ainsi que leurs conséquences sur les patient.e.s matérialisent et participent à la configuration des rapports sociaux de sexe (Galerand et Kergoat, 2014).

Ce prisme de lecture matérialiste a souvent pu être critiqué pour son caractère globalisant ainsi que son point de vue blanc, hétéronormé, classiste et ethnocentrique de la domination des femmes (Cardi et al., 2016). En effet, certaines approches du féminisme matérialiste peuvent avoir la tendance à brosse le portrait d'un savoir s'appliquant à *toutes les femmes* mais sont pourtant souvent produites depuis un positionnement particulier et dominant, à savoir celui de femmes universitaires souvent cisgenres et blanches. Pour répondre à ces critiques, cette étude ne prétendra pas produire des savoirs systématiques et revendiquera davantage un (des) point(s) de vue situé(s) (3.2.1.). Toutefois, tout en reconnaissant les autres rapports sociaux à l'œuvre en contexte gynécologique et obstétrical méritant d'être explorés, j'ai décidé d'adopter l'angle d'analyse des rapports sociaux de sexe. Cette décision est liée à un manque de temps (contexte de maîtrise) engendrant des enjeux méthodologiques. L'appréhension des rapports sociaux de sexe se réalise ici de manière à souligner la dimension construite de la catégorie sexuelle que j'appréhenderai en me référant à Donna Haraway (1985) :

Être femme n'est pas un état en soi, mais [cela] signifie appartenir à une catégorie hautement complexe, construite à partir de discours scientifiques sur le sexe et d'autres pratiques sociales tout à fait discutables. (Haraway, 1985, p. 39)

Cette compréhension me permet de considérer, et ainsi, d'inclure à cette approche les personnes transgenres, intersexes et non-binaires. J'ai toutefois conscience que cette perspective ne permettra pas de comprendre les oppressions spécifiques à des VGO vécues par ces dernièr.e.s.

### 3.1.3 Comprendre, par l'approche du (des) point(s) de vue situé(s), l'expérience des personnes victimes-survivantes de VGO

L'approche des points de vue situés inspire ma compréhension des VGO et des expériences qui s'y rapportent. Cette approche, proposée à l'origine, entre autres par Donna Haraway (2007), propose une critique des savoirs scientifiques traditionnels légitimés, objectifs et « au service des injonctions hiérarchiques et positivistes » (Haraway, 2007, p. 5). Elle insiste sur le fait que chaque savoir est un « nœud compact dans le champ de lutte pour le pouvoir » (Haraway, 2007, p. 2). Selon Donna Haraway, la science traditionnelle en tant qu'institution prétend à l'objectivité alors qu'elle est un produit du patriarcat et de l'impérialisme occidental (Haraway, 2007). Elle milite donc pour une science d'en bas (*down-top*) (Haraway, 2007) à partir de laquelle des connexions avec d'autres savoirs situés devient possible. Ainsi, le but ne serait pas d'atteindre une objectivité scientifique imparable, reproduisant les rapports de dominations de manière insidieuse, mais de souligner le caractère « incorporé » des savoirs (Haraway, 2007). Cette perspective découlerait d'une conception matérialiste de la société, insistant sur le fait que :

Tous les points de vue, y compris les concepts et les théories scientifiques, [sont] nécessairement ancrés dans les conditions matérielles d'existence spécifiques à un groupe et à une époque donnée. (Ollivier et Tremblay, 2000, p. 74)

Cette recherche n'entend donc pas identifier des résultats globalisants, mais proposer une compréhension partielle et partielle des expériences de VGO (Benoit, 2017). Pour ce faire, les théories des points de vue situés nous invitent à caractériser notre position, permettant une production et une circulation des savoirs « déterminés dans un contexte sociopolitique, historique et géographique spécifique » (Gérardin-Laverge et Collier, 2020, p. 4). Elles nous incitent également à nous référer à des points de vue assujettis, habituellement invisibilisés par les productions de savoirs dominants (Gérardin-Laverge et Collier, 2020). De plus, cette posture n'impose pas un relativisme total, mais cherche à construire une « objectivité féministe qui est affaire de savoir situé, pas de transcendance et de division entre sujet et objet » (Haraway, 2007, p. 7). Selon Donna Haraway, l'objectivité d'une science féministe objective prétend voir avec l'autre plutôt que d'être l'autre ou d'imposer une vision à l'autre.

La manière dont je m'identifie et dont je suis identifiée par le monde génère des zones de flou. Cela me permet également d'être sensible aux récits qui me sont racontés. Ainsi, ce travail de recherche, qu'il s'agisse de la rencontre avec les participant.e.s, du travail d'analyse ou de rédaction, me permet de travailler sur des enjeux propres à mon corps, à mes expériences et aux oppressions que j'ai pu/que je peux subir ou auxquelles j'ai pu/je peux participer. Ceux-ci se rapportent à un vécu de femme cisgenre, valide, hétérosexuelle, blanche, de nationalité française, née dans les années 1990 dans un milieu de moyenne

bourgeoisie provinciale, habitant à Montréal depuis maintenant 4 ans et étudiant jusqu'à aujourd'hui. Je réalise également cette étude avec le regard d'une intervenante psychosociale formée en psychologie. Je la poursuis aussi en tant que patiente. J'avais onze ans lorsque je suis entrée dans ce qu'Aurore Koechlin (2022) pourrait appeler *une carrière gynécologique*. Face à des douleurs abominables, j'ai vécu de l'errance diagnostique pendant douze ans pour finalement recevoir un diagnostic d'endométriose. « J'ai fini par en parler à voix haute. J'AI MAL. On m'a dit que (...) ça passerait peut-être. Tomber dans les pommes, avoir la gerbe, être fatiguée tout le temps, avoir des crampes menstruelles ne devait pas être si important à signaler » (motsdeventreblog, 2017, p.1). Si cette position entraîne plusieurs formes d'oppressions, je sais que des soins ne m'ont jamais été refusés à cause de, par exemple, ma couleur de peau ou mon identité de genre. J'ai également toujours eu la chance d'avoir accès à des services de santé.

Mais ce n'est bien sûr pas seulement au travers de *ma vision* (Charbonnier, 2009) que cette étude est réalisée. Donna Haraway réévalue vis-à-vis des « visualisations technoscientifiques “les plus élevées” » la position « de la vie des gens » (Haraway, 2007, p. 12), le point de vue des assujettis « parce qu'ils semblent promettre des récits du monde plus adéquats, plus soutenus, plus objectifs, plus transformateurs » (Haraway, 2007, p. 8). La diversité des expériences des personnes ayant subi des VGO me semble importante à retranscrire. Le fait d'aller recueillir la parole des personnes victimes-survivantes plutôt que celle des professionnel.le.s de la santé prend racine dans une nécessité épistémologique et politique de faire circuler les idées et les savoirs, mais aussi de donner de la visibilité aux savoirs minorisés « sans qu'ils fassent l'objet d'une réappropriation dépolitisante par les milieux académiques » (Gérardin-Laverge et Collize, 2020, p. 4). Adopter le point de vue des patient.e.s permet de considérer le corps-machine étudié, appréhendé par les courants scientifiques et médicaux par son histoire et sa socialisation (Moir et Wolfe, 2021). Il permet également d'inclure les témoignages et récits de patient.e.s souvent invisibilisés dans la production des savoirs légitimés.

### 3.2 Saisir les réactions et les tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes

Je poursuivrai ce chapitre en présentant trois axes théoriques principaux me permettant de saisir les réactions et les tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes de VGO. Je proposerai la lecture de certaines théories féministes matérialistes (Kergoat, 2012; Thibaut et Wittig, 2008) qui me guident dans la pensée des tactiques collectives de résistance et de subversion (3.2.1.). Enfin, pour approfondir l'approche des tactiques individuelles menant à la reconnaissance et à la reconstruction j'utiliserai des théories issues de la psychologie, de la justice sociale et de la sociologie (Clements et al., 2022; De Certeau, 1994; Fohn et al., 2014) (3.2.2.).

### 3.2.1 Les résistances, les tactiques collectives et subversives

Par ce travail, je souhaite m'intéresser en particulier aux personnes qui subissent ces oppressions et aux manières dont elles adoptent des tactiques, des résistances pour travailler avec *les tensions* de la scène gynécologique et obstétricale:

Le rapport social peut être assimilé à une « tension » qui traverse la société; cette tension se cristallise peu à peu en enjeux autour desquels, pour produire de la société, pour la reproduire ou « pour inventer de nouvelles façons de penser et d'agir », les êtres humains sont en confrontation permanente. (Kergoat, 2001, p. 87)

Le travail de Danièle Kergoat est particulièrement riche pour penser les « formes de résistance [...] porteuses de changement potentiel au niveau des rapports sociaux » (Kergoat, 2012, p. 129). Son recueil d'articles portant sur des études menées auprès d'ouvrières d'usine témoigne d'une volonté particulière de valoriser le sujet collectif, producteur de sens, acteur de sa propre histoire et renverseur de « l'ordre établi » (Thibaut et Wittig, 2008, p. 35). Elle porte un intérêt particulier à souligner les résistances « là où elles pourraient toutefois passer inaperçues » (Kergoat, 2012, p. 10). Son analyse est davantage axée sur le regroupement, le passage au collectif, le travail militant (Bidet-Mordrel et al., 2016). Elle s'intéresse également à la constitution d'une communauté de liberté pour des femmes isolées et qui doivent souvent inventer des « espaces hors-sols » (Kergoat, 2012, p. 238), c'est-à-dire hors du *sol* de l'oppression matérialiste. Son travail s'intéresse également au passage du groupe (ensemble d'individus) au collectif (système à forte capacité d'action) (Kergoat, 2012).

Cette perspective me permet donc d'observer et de porter un intérêt particulier à la réunion de personnes victimes-survivantes de VGO souvent isolées et ségréguées en groupes et en collectifs de solidarité, de résistance et de défense.

### 3.2.2 L'invention du quotidien, tactiques individuelles, reconnaissance et reconstruction

La mise en place de collectifs de résistance se réalise dans l'adversité. Danièle Kergoat (2012) et Nicole-Claude Mathieu (1985) y montrent que l'isolement des femmes et la difficulté à faire émerger une conscience collective est produite socialement par le patriarcat. Il peut parfois être également difficile pour des personnes subissant des oppressions d'identifier clairement le potentiel subversif de telle ou telle pratique (Kergoat, 2012, p. 236). Une part des activités de réaction doit peut-être être recherchée dans le cadre de tactiques/stratégies plus individuelles.

Il peut être pertinent, dans ce cadre, de s'intéresser également à la réflexion de Michel De Certeau sur l'invention du quotidien (1994). Sa pensée fait référence à l'invention de tout un tissu de quotidiens, minoritaires, individués. De ce qu'il appelle des « ruses [...] composant le réseau d'une véritable contre-discipline » (Dosse, 2002, p. 212) qui viennent gripper les rouages du système capitaliste et des grandes machines culturelles. En me recentrant sur mon propre objet d'étude, je propose de considérer *les tactiques*, les inventions, les modes d'appropriation des act.eur.rice.s et patient.e.s qui viennent contourner, affaiblir, déjouer la machine gynécologique et obstétricale. Selon Michel de Certeau (1994), il y a une différence d'échelle entre les stratégies et les tactiques. Les premières caractérisent des outils et pratiques rationnelles qui se font dans un cadre où les rôles et règles sont clairs et figés, presque hors contextes (Zine, 2010). À l'inverse, les tactiques sont plus sensibles aux contextes, aux pratiques quotidiennes, aux usages. Elles se font en fonction de l'*occasion* et selon les contraintes imposées (Zine, 2010). Elles sont donc toujours situées (Haraway, 2007), c'est-à-dire singulières aux personnes et contextes. Le concept de tactique permet donc de comprendre les mécanismes de subjectivation et d'individuation des patient.e.s, visant à « [re]trouver du plaisir et répondre au désir dans les interstices, dans les écarts constants par rapport aux normes et codes institués » (Dosse, 2002, p. 206).

En intégrant l'approche des tactiques de Michel de Certeau (1994), je souhaite aussi faire miens les objectifs de Danièle Kergoat (2012) qui se propose vouloir « absolument comprendre les ressorts de cette violence qui f[ait]t s'autodévaloriser les femmes, la destruction et la souffrance que cela op[ère] tant individuellement que collectivement » (p. 236). Je veux également proposer une approche qui soutienne les pratiques d'intervention féministe reposant « sur des valeurs d'égalité, de justice sociale et de solidarité » (Corbeil et Marchand, 2010, p. 40). Il s'agit de parier sur « le potentiel des femmes » (Corbeil et Marchand, 2010), la possibilité de « la reprise de pouvoir sur leur vie et l'instauration de rapport égalitaire entre l'aidante et l'aidée » (Corbeil et Marchand, 2010).

Je m'engage peut-être ici dans une perspective plus psychologique contre laquelle l'approche matérialiste nous met en garde parce qu'elle ne prend pas assez en compte les rapports sociaux de sexe dans la compréhension des violences (Pache, 2013). Dans cette critique partagée par Nicole-Claude Mathieu (1991), certains concepts théoriques tels que le traumatisme permettent aux cherch.eur.euse.s et aux praticien.ne.s de reprendre une place dominante. La question du traumatisme, par exemple, enjoint une compréhension linéaire de la violence « où la victime [...] est conçue comme totalement passive, littéralement *objet* d'un traumatisme, puisque sa réaction serait celle de n'importe qui, qu'elle ne joue aucun rôle » (Pache, 2013, p. 15). Les compréhensions psychologiques et juridiques peuvent rappeler ce qu'on pourrait comprendre d'une bonne victime et des représentations qui s'y rapportent, c'est-à-dire de la victime surprise, passive et

traumatisée (Pache, 2013). J'emploierai donc les concepts de reconnaissance et de reconstruction en faisant attention à ne pas tendre vers une conception réductrice et binaire de la violence perpétrée. Pour présenter la manière dont je conceptualise ces violences, je me rapproche de certaines études menées sur la justice sociale (Honneth, 2004; Fraser, 2004), la violence conjugale, sur la violence sexuelle et sur la coercition reproductive (Clements et al., 2022; Duviard-Marsan, 2013; Fohn et al., 2014; Bujold et Lévesque, 2022).

Dans cette perspective, les tactiques sont mises en place pour renforcer le processus de reconnaissance tant au niveau individuel que collectif et social. D'abord et à l'échelle de la société, Fraser (2004) et Honneth (2004) se questionnent sur le concept de *reconnaissance* pour penser l'intégration d'un sujet dans une société. De plus, ils souhaitent explorer la manière dont les luttes pour la reconnaissance sont le moteur de changements sociaux (Honneth, 2004). Fraser (2004) pense que la perspective d'Axel Honneth peut renvoyer facilement à une idée de réalisation de soi. Plutôt, elle inscrit le concept de reconnaissance au cœur d'une théorie de la justice sociale. Ainsi, selon elle, penser la justice sociale sous l'angle de la reconnaissance met l'accent sur « les injustices qu'il comprend comme culturelles et qu'il pense comme le produit de modèles sociaux de représentation, d'interprétation et de communication : la domination culturelle, le déni de reconnaissance et le mépris » (Fraser, 2004, p. 155). Selon l'autrice et théoricienne de l'intersectionnalité, la reconnaissance est le processus par lequel on cherche à faire entendre, valoriser des identités ou expériences méprisées pour, à terme, transformer en profondeur les modèles sociaux (Fraser, 2004). Pour elle, la reconnaissance est toujours une affaire collective et sociale dans le sens où :

Le déni de reconnaissance réside dans l'existence manifeste, publique et vérifiable d'obstacles à la jouissance du statut de membres à part entière de la société pour certaines personnes, et ces obstacles sont moralement indéfendables, qu'ils distordent ou non la subjectivité (Fraser, 2004, p. 159).

Ainsi, la reconnaissance de la violence peut être définie comme action sociale permettant de valider et d'accorder du crédit à la parole des victimes de la part des ami.e.s, de la famille, des structures et professionnel.le.s de soin, des institutions, etc. (Duviard-Marsan, 2013; Vie féminine, 2022). À un niveau plus individuel, la reconnaissance peut être appréhendée comme le fait d'identifier et de donner un sens à la violence vécue (Bujold et Lévesque, 2022; Clements et al., 2022). Elle oscille entre le déni et la prise de conscience d'un événement douloureux (Clements et al., 2022, p. 3). La reconnaissance est nécessaire pour une reprise en main du réel permettant la ré-action et possiblement la reconstruction (Fohn et al., 2014). Ce processus est complexe, non-linéaire et toujours affecté à la singularité d'un être, de conditions sociales, conjoncturelles (Fohn et al., 2014). Le processus de reconnaissance est ainsi co-construit aux niveaux individuels et collectifs par l'ensemble des tactiques mises en place pour exister socialement et faire exister des expériences vécues qui portent atteinte aux subjectivités et à leurs places dans la société, malgré des

contraintes et obstacles qui s'actualisent tant aux niveaux individuels (doute) que sociaux (domination, violence, invisibilisation).

La *reconstruction*, quant à elle, est davantage décrite du côté interventionnel comme un « processus » permettant de répondre à des « besoins physiques, psychologiques, socio-économiques et de restauration de [l']autonomie » des victimes (Vie féminine, 2022, p. 9). La reconstruction individuelle s'appuie et dépend de la reformation d'un lien avec le collectif et la société (Jacques, 2004). Cette reconstruction est aussi dépendante d'une refiguration et d'une reconnaissance préalable de la violence.

### 3.3 Les objectifs de la recherche

La recension des études empiriques réalisées sur le sujet des VGO m'a permis de mesurer la rareté de la documentation scientifique consacrée aux expériences et aux effets de ces violences sur les personnes victimes-survivantes. C'est pourquoi j'ai souhaité mettre l'expression de l'expérience des personnes victimes-survivantes au centre de cette recherche, en m'intéressant plus particulièrement à deux dimensions des témoignages recueillis. Mon approche a consisté à :

- 1) Décrire les formes de VGO subies par les personnes victimes-survivantes.
- 2) Documenter les différentes réactions adoptées par les personnes victimes-survivantes face aux VGO, et ce, au moment des violences.
- 3) Décrire les diverses tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes face aux VGO, et ce, au moment de la séance gynécologique ou obstétricale violente, à sa suite, et jusqu'à l'entretien.

## CHAPITRE 4

### MÉTHODOLOGIE

Dans cette étude, j'adopte une méthodologie de type qualitative exploratoire. La méthodologie qualitative me permet de cerner le récit et le vécu subjectif des personnes ayant vécu une (ou plusieurs) expérience(s) de VGO. La recherche exploratoire, quant à elle, me donne l'occasion de mieux définir les enjeux liés à cette forme de violence, qui sont plus ou moins définis dans les recherches scientifiques (Trudel et al., 2006). Considérant le peu d'études faites à propos des VGO et des tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes, ces approches m'ont semblé être les plus pertinentes à employer.

Dans ce chapitre méthodologique, je présenterai les critères de sélection des participant.e.s à cette étude (4.1.). Je poursuivrai en détaillant la manière dont j'ai réalisé mon recrutement par le biais de processus d'échantillonnage, de diffusion d'un appel à participation auprès de certains organismes choisis (4.2.). Par la suite, je détaillerai le canevas des entretiens : les thèmes abordés, les questions posées et la logique m'ayant permis de structurer les rencontres avec les participant.e.s (4.3.). Je rendrai compte des procédures respectées avant, après et pendant les entretiens : à savoir les courriels et formulaires envoyés, les modalités de rencontre et d'enregistrement (4.4.). Les méthodes d'analyse seront documentées (4.5.) en dégageant les considérations éthiques qui ont guidé cette étude (4.6.). Enfin, sera réalisée une brève présentation des participant.e.s de l'étude (4.7.).

#### 4.1 Critères d'inclusion

Pour participer à l'étude, les critères de sélection étaient les suivants : (1) parler français (pour une interaction plus fluide); (2) avoir 18 ans ou plus au moment de l'entrevue; (3) avoir eu recours à des services en santé gynécologique au Québec (diagnostic et traitement des maladies de l'appareil génital et du sein, examen au spéculum, frottis, prise en charge de la stérilité, de la ménopause, de la contraception, de l'avortement, etc.); (4) rapporter y avoir vécu une (ou des) expérience(s) de violence; et enfin, (5) avoir vécu cette expérience il y a six mois ou plus (afin de limiter les biais de mémoire).

Alors que les participant.e.s ne devaient pas initialement avoir vécu cette (ou ces) expérience(s) dans un contexte de suivi de grossesse ou lors d'un accouchement, j'ai choisi, au cours des entretiens, de modifier ce dernier critère en intégrant la violence obstétricale à mon champ d'étude. Ce critère devait permettre une différenciation entre les violences obstétricales et les violences gynécologiques. Toutefois, au cours des premiers entretiens, il est rapidement apparu inutile. En effet, les participant.e.s ont souvent connu plusieurs



expériences de VGO intriquées. Il ne m'a finalement pas paru pertinent de séparer artificiellement dans l'analyse des violences qui étaient mêlées dans l'expérience, ou du moins dans son récit.

#### 4.2 Recrutement

J'ai recruté les participant.e.s selon un processus d'échantillonnage cohérent avec les thèmes délicats abordés (Beaud, 2021) : non probabiliste, volontaire et par effet boule de neige. J'ai sollicité les participant.e.s de manière indirecte, grâce à la diffusion d'un appel à participation (voir *Appendice A*) à partir d'un compte Instagram (@violencesgynécologiquesparlonsen) et d'un compte Facebook, créés pour la recherche. J'ai contacté par courriel de nombreux organismes liés aux violences, au genre ou à la santé reproductive et une vingtaine a accepté de partager publiquement mon appel à participation (Centre de santé des femmes de Montréal (CSFM), le centre communautaire LGBTQ+ de Montréal (CCLGBTQ), le Centre de Solidarité Lesbienne (CSL), le Centre de Femmes de la Vallée de la Matapédia, etc.). L'affiche de recrutement proposait une définition des VGO permettant aux personnes intéressé.e.s de pouvoir rattacher leur expérience au concept utilisé (voir *Appendice A*). La campagne de recrutement a été faite en une seule phase et réalisée en dix jours, entre le 30 août 2022 et 9 septembre 2022.

#### 4.3 Canevas d'entretien

J'ai collecté les données à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé, ce qui m'a permis, compte tenu du sujet sensible abordé, de respecter le rythme du témoignage des participant.e.s (Voir *Appendice B*). Les entretiens duraient en moyenne 1h15. Cinq thèmes étaient principalement explorés : le parcours gynécologique, obstétrical et médical; les expériences de violence; les conséquences de ces violences sur leur santé; les tactiques adoptées; et les souhaits et préconisations en termes de pratiques gynécologiques et obstétricales.

#### 4.4 Procédures

Les participant.e.s ont manifesté un intérêt à participer à la recherche en m'écrivant un courriel via l'adresse mentionnée dans l'affiche de recrutement. En les remerciant de leur intérêt, je leur proposais une courte description de la recherche, leur expliquais les modalités de la potentielle rencontre (durée, possibilité en ligne ou en présentiel, sujets abordés) et leur posais les trois questions suivantes : (1) Quel est votre âge actuellement? (2) Quand la (ou les) expérience(s) dont vous voudriez me parler se sont-elles déroulée(s)? Et enfin, (3) Pourriez-vous me dire si cette (ou ces) expérience(s) s'est (se sont) déroulée(s) dans des services obstétricaux (suivi de grossesse ou accouchement)?

Lorsque celles.celleux-ci me répondaient, je les informais du fait que je n'étais éthiquement pas autorisée à mener l'étude auprès de personnes mineures et qu'une participation, moins de six mois après l'expérience, pourrait présenter des risques psychosociaux plus importants pour elles.iels.

Si les réponses des participant.e.s correspondaient aux critères de sélection, je leur proposais différents créneaux pour que nous puissions nous rencontrer. Lorsque la prise de rendez-vous était fixée, et ce, à chaque fois en distanciel, j'envoyais un lien *Zoom* ainsi que le formulaire de participation comprenant la liste de ressources psychosociales en format PDF (voir *Appendice C*). De plus, je transmettais un lien en ligne *Jotform* vers le même formulaire de consentement pour faciliter la lecture et le remplissage aux participant.e.s. De même, un autre lien *Jotform* vers la fiche signalétique était fourni pour qu'elles.iels puissent y renseigner leurs données sociodémographiques (voir *Appendice D*). Je suggérais aux participant.e.s de prendre connaissance des deux documents (le formulaire de consentement et la fiche signalétique) et leur mentionnais que nous relirons chaque section au début de la rencontre.

Après avoir mené une entrevue pilote pour apporter des améliorations au guide d'entretien (Savoie-Zajc, 2016), je me suis entretenue avec tous.te.s les participant.e.s entre le 9 et le 29 septembre 2022. La plupart des participant.e.s avaient déjà pu signer les formulaires de consentement et remplir les fiches signalétiques avant le début de la rencontre. Toutefois je relisais systématiquement les grandes lignes de ces documents pour m'assurer de la bonne compréhension des participant.e.s. Chacun.e a pu prendre part à une entrevue individuelle d'une durée variant de 50 minutes à 1 heure et 40 minutes.

J'ai enregistré chaque entrevue via un support audio et réalisé la retranscription des *verbatim*s. La moyenne de durée des dix entretiens était de 76,6 minutes par participant.e. Au final, 13 heures d'entretiens ont été enregistrées.

#### 4.5 Méthodes d'analyses

J'ai employé une analyse de type thématique pour analyser les données recueillies. Cette démarche consiste à :

Procéder systématiquement au repérage, au regroupement et subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus, qu'il s'agisse d'une transcription d'entretiens, d'un document organisationnel ou de notes d'observation. (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 238)

Selon Paillé et Mucchielli (2016), il existe deux sortes d'analyse thématique, la thématization en continu et la thématization séquencée. Dans le cadre de cette recherche, j'ai décidé d'adopter une thématization en continu, ce qui m'a donné l'opportunité d'affiner et d'enrichir mon analyse (Paillé et Mucchielli, 2016).

Dans une première étape, j'ai retranscrit les documents audios sous forme de *verbatim* (Savoie Zajc, 2016). J'ai réalisé cette phase après m'être entretenue avec tou.te.s les participant.e.s, soit entre le 17 octobre et le 20 novembre 2022. J'ai modifié les noms, lieux et autres informations pouvant mener à l'identification des participant.e.s. J'ai pu prendre des temps de pause et alterner entre l'écoute, la retranscription et la construction d'une matrice descriptive pour chacune des expériences racontées, comprenant : la présentation des participant.e.s; la volonté de participation; le parcours gynécologique et médical; la séance idéale; les expériences vécues; les conséquences perçues (à court, moyen et long terme) ainsi que les tactiques adoptées perçues (à court, moyen et long terme).

Dans une seconde étape, entre le 20 novembre et le 15 décembre 2022, j'ai pu procéder à la lecture attentive, approfondie et répétitive de chacune des entrevues. Cela m'a permis d'obtenir un portrait plus global de chacune des expériences rapportées (Paillé et Mucchielli, 2016).

Lors d'une troisième étape, j'ai attribué des codes initiaux aux unités de sens des extraits (Braun et Clarke, 2006) d'un premier *verbatim* (Lou) d'une manière « ininterrompue », « progressive » et « au plus proche » des termes employés par le.a participant.e (Paillé et Mucchielli, 2016). J'ai pu décomposer le contenu du *verbatim* à l'aide du logiciel *Nvivo*, pour le redistribuer de manière plus détaillée selon de nouvelles identifications. Par exemple, l'extrait « j'avais juste fait un petit bruit comme "Ah", pour signifier mon inconfort et ils m'ont dit "t'es dont bien sensible toi" » (Lou, 24 ans) pouvait être attribué au code initial « Non-considération de la douleur ». Après la lecture de chaque extrait, je pouvais attribuer de nouveaux codes initiaux, sans pour autant les regrouper dans des sous-thèmes et thèmes communs. Pour opérationnaliser le cadre féministe matérialiste dans cette recherche, j'ai utilisé les indicateurs suivants : « difficulté d'accès aux services »; « perte d'agentivité en consultation »; « normalisation des corps »; « discrimination »; « coercition reproductive ». Pour ce qui est des processus de reconnaissance et de reconstruction j'ai utilisé certains indicateurs tels que : « Intuition, doute », « réactions : figer, fuir, combattre », « Minimisation des expériences », « responsabilisation des personnes victimes-survivantes » (Voir *Annexe A*).

Durant une quatrième étape, j'ai pu regrouper, fusionner et hiérarchiser les codes initiaux. La récurrence de certains codes initiaux m'a permis d'identifier des thèmes et sous-thèmes « axés sur les données » (Braun

et Clarke, 2006, p. 18), c'est-à-dire qui ne se conformaient pas à une théorie préconçue, mais qui émanait des données elles-mêmes. Cette classification en fonction de codes, thèmes et sous-thèmes a pu être discutée et validée avec ma direction de recherche. Cette supervision m'a permis de poursuivre l'analyse pour les 9 entretiens restants.

Ainsi, entre le 15 décembre 2022 et le 15 janvier 2023, j'ai pu modifier, bonifier et réviser les thèmes et sous-thèmes attribués en analysant le contenu des neuf autres *verbatim*s. Une deuxième rencontre a pu être réalisée avec ma direction de recherche me permettant d'affiner une seconde fois mes analyses et d'avoir une validation de la part d'une paire. Des rencontres avec des collègues du laboratoire de recherche m'ont aussi permis d'affiner mes analyses. Six thèmes principaux ont pu structurer les codifications attribuées aux extraits : 1. Volonté de participation; 2. Représentations médicales avant les violences; 3. Expérience de violences; 4. Conséquences perçues; 5. Tactiques; 6. Conseils pour la pratique. Chacun de ces thèmes comprenait plusieurs sous-thèmes et codes différents (Voir *Annexe A*). Pendant cette étape, j'ai considéré le fait que les expériences de violences obstétricales et de violences gynécologiques s'entremêlaient. En effet, si les séances gynécologiques et obstétricales ont des visées et des procédures différentes, je n'ai pas observé d'éléments spécifiques distinguant clairement le récit de leur expérience. Plus encore, les témoignages de violences obstétricales s'exprimaient souvent dans le fil des violences gynécologiques, les chronologies s'entrelaçaient, les événements s'entraînaient en augmentant leur intensité. J'ai donc décidé d'inclure dans l'analyse les violences obstétricales aux violences gynécologiques.

Ayant décidé de mener une recherche de type qualitative exploratoire, la saturation empirique n'a pas pu être atteinte. Cette étude ne cherchait donc pas à être exhaustive mais à dévoiler et problématiser des situations et expériences singulières.

#### 4.6 Considérations éthiques

Ce projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPÉ) de la faculté des sciences humaines (FSH) (no. 2023-4909; certificat d'approbation éthique) (voir *Appendice E*).

J'ai conscience que la participation à cette étude représente des risques psychosociaux mineurs pour les participant.e.s compte tenu du caractère potentiellement traumatique des expériences vécues. De ce fait, j'ai construit mon guide d'entretien selon une structure semi-dirigée qui m'a permis d'accompagner le rythme du.de la participant.e. J'ai été sensible et attentive à l'état émotionnel des participant.e.s, notamment en leur soulignant la possibilité de refuser d'aborder certains thèmes ou de répondre à certaines questions.

J'ai protégé l'identité des participant.e.s en anonymisant les données récoltées. Les données identificatoires comprises, par exemple, dans les formulaires de consentement ont été conservées dans des documents, eux-mêmes protégés par un mot de passe dans mon ordinateur auquel moi seule puisse avoir accès. Pour favoriser le consentement éclairé des participant.e.s, j'ai pu réexpliquer chacune des sections au début de l'entrevue et recueilli pour chacun.e, une signature. Enfin, j'ai également mis à leur disposition une liste de ressources psychosociales pour qu'elles.iels puissent se tourner vers du soutien en cas de besoin.

#### 4.7 Description des participant.e.s

L'échantillon de cette étude est constitué de neuf femmes cisgenres et d'une personne non binaire âgé.e.s de 24 à 57 ans (moyenne = 43,6 ans) (voir *tableau 4.1*). La majorité des participant.e.s rapporte être d'orientation hétérosexuelle (7/10), les autres se considérant individuellement comme lesbienne (Mélanie), pansexuel.le (Lou) ou bisexuelle (Maude). La moitié est en couple. Six participant.e.s ont au moins un enfant. Une majorité occupe actuellement un emploi (7/10). Concernant leurs conditions de santé les menant à des rendez-vous gynécologiques et obstétricaux, deux ont le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK); trois ont l'endométriose; deux ont des enjeux liés au cancer : cancer du sein et cellules pré-cancéreuses du col de l'utérus, et deux ont des enjeux d'infertilité. Enfin, quatre rapportent ne pas avoir de conditions gynécologiques et obstétricales particulières.

Tableau 4.1. Présentation sommaire des participant.e.s

| Partici-pant.e.s | Âge (en année) | Genre          | Situation relationnelle | Nombre d'enfants | Orientation sexuelle | Considère appartenir à un groupe socialement vulnérabilisé | Emploi et revenus   | Conditions de santé gynécologique et obstétricale   |
|------------------|----------------|----------------|-------------------------|------------------|----------------------|--|---|---|
| Lou              | 24             | Non binaire    | Célibataire             | 0                | Pansexuel.le         | « Femme cis de couleur et <i>queer</i> »                   | En emploi, estime ses revenus suffisants                          | Herpès  |
| Marie            | 44             | Femme cisgenre | En couple               | 0                | Hétérosexuelle       | Non  | En emploi, estime ses revenus suffisants                          | SOPK, infertilité                                   |
| Andréa           | 49             | Femme cisgenre | En couple               | 2                | Hétérosexuelle       | Non  | En arrêt maladie, estime ses revenus suffisants                   | Anémie, SOPK, Endométriose, Diabète, cancer du sein |
| Leïla            | 33             | Femme cisgenre | Célibataire             | 1                | Hétérosexuelle       | Non  | En emploi, estime ses revenus suffisants                          | Aucune  |
| Julie            | 57             | Femme cisgenre | Célibataire             | 1                | Hétérosexuelle       | Non  | Invalidité permanente, estime ses revenus insuffisants            | Dyspareunies, Endométriose, SSPT                    |
| Jeanne           | 53             | Femme cisgenre | En couple               | 2                | Hétérosexuelle       | Non  | Travailleuse autonome, estime ses revenus insuffisants            | Cellules pré-cancéreuses utérus, grossesse à risque |
| Anne             | 49             | Femme cisgenre | Célibataire             | 0                | Hétérosexuelle       | Non  | Arrêt de travail, estime ses revenus insuffisants                 | Dyspareunies, Endométriose                          |
| Johanne          | 50             | Femme cisgenre | Célibataire             | 3                | Hétérosexuelle       | Non  | En emploi, estime ses revenus suffisants                          | Aucune  |
| Mélanie          | 46             | Femme cisgenre | En couple               | 1                | Lesbienne            | Non  | En emploi, estime ses revenus suffisants                          | Aucune  |
| Maude            | 30             | Femme cisgenre | En couple               | 0                | Bisexuelle           | Non  | Travailleuse autonome et étudiante, estime ses revenus suffisants | Aucune  |

**CHAPITRE 5**  
**ARTICLE SCIENTIFIQUE**

« À chaque fois que j'y allais, c'était comme partir à la bataille » : une exploration qualitative des réactions et tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes de violence gynécologique et obstétricale au Québec

*“Every time I went there, it was like going into a fight” : a qualitative exploration of the reactions and tactics adopted by victims-survivors of gynecological and obstetrical violence in Quebec*

## 5.1 Résumé/*Abstract*

À la fois violences médicales et violences genrées, les violences gynécologiques et obstétricales sont commises par des professionnel.le.s de la santé sur des patient.e.s au cours de leur suivi gynécologique, de leur suivi de grossesse, ou de leur accouchement. S’ancrant dans l’expérience de patient.e.s, cette étude qualitative exploratoire québécoise est menée auprès de neuf femmes cisgenres et d’une personne non-binaire. Elle appréhende les réactions adoptées par les personnes victimes-survivantes au moment des violences et les tactiques qu’elles.iels adoptent à court, moyen et plus long terme pour leur survivre, les reconnaître, ne plus en revivre, protéger les autres et se reconstruire.

*Gynecological and obstetrical violence are medical and gender-based forms of violence committed by health professionals onto patients during pregnancy, follow-ups or childbirth. This qualitative and exploratory study is conducted with nine cisgender women and one non-binary person in Quebec. It investigates the forms of violence experienced, the reactions adopted to them, and tactics used in the short-, medium- and long-term to survive, to acknowledge them, to protect others and potentially emancipate from the violence suffered in order not only to rebuild themselves.*

## 5.2 Notes biographiques

Détentriche d’une maîtrise en sexologie et d’un baccalauréat de psychologie, Zélie Chancogne adopte un point de vue féministe, clinique et critique pour appréhender des sujets liés à la violence genrée. Ses intérêts de recherche se rapportent aux vécus d’endométriose et aux expériences de violence obstétricale et gynécologique.

Professeure au département de sexologie, Sylvie Lévesque détient une formation en sexologie et en santé publique. Ses intérêts de recherche concernent la violence entre partenaires intimes, la violence faite aux femmes, la maternité en contexte de vulnérabilité, la coercition reproductive, les violences gynécologiques et obstétricales ainsi que la charge contraceptive.



Adopté en Francophonie depuis une dizaine d'années, le terme violence gynécologique et obstétricale (VGO) est de plus en plus employé par des citoyen.ne.s, féministes, professionnel.le.s de la santé et journalistes pour décrire des expériences éprouvantes en milieu médical. À la croisée des violences structurelles de genre et des violences institutionnelles du domaine de la santé, les VGO se manifestent par « des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un.e ou plusieurs membres du personnel soignant sur un.e patient.e au cours [de son] suivi gynécologique ou obstétrical » (HCE 2018 : 32). Bien que les VGO relèvent d'une réalité historique invisibilisée (Vuille 2016), les patient.e.s dénoncent des soins irrespectueux, demandent le respect de leurs droits et de leur consentement.

Les écrits scientifiques s'emploient à définir ces violences (Lévesque et coll. 2018), à appréhender leurs contextes (Diaz-Tello 2016) et formes d'apparition (Salinero-Rates et Cárdenas 2021), à analyser leurs conséquences (Elmir et coll. 2015) et à proposer des outils mieux adaptés aux victimes-survivantes (Lévesque et coll. 2016). Toutefois, ces recherches peuvent avoir tendance à présenter les patient.e.s comme des entité.e.s passives sans faire référence à leur potentiel d'agir. Peu d'études font état des réactions et des tactiques adoptées par les patient.e.s pour leur résister et les dépasser.

Nous proposons donc de nous intéresser, par une étude exploratoire qualitative menée au Québec auprès de neuf femmes cisgenres et d'une personne non-binaire, à l'expérience de VGO au prisme de l'agentivité. Plus précisément, nous tenterons d'identifier les formes de violences subies, les différentes réactions et tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes à court, moyen et plus long terme pour leur résister et les dépasser.

### 5.3 Les VGO : une réalité fréquente mais invisibilisée

Les discours tenus sur les VGO témoignent souvent d'une certaine polarisation déséquilibrée entre, d'un côté, un déni des instances médicales face à des expériences qu'elles décrivent comme des cas isolés (Francoeur 2019), et de l'autre, des organismes et des citoyen.ne.s encore minoritaires qui tentent de rendre compte publiquement de cette réalité (La collective du 28 mai 2019). Ce contexte d'invisibilisation participe au mauvais outillage des professionnel.le.s de la santé québécois.e.s qui rapportent avoir du mal à reconnaître la violence perpétrée dans les milieux obstétricaux (Lévesque et coll. 2016). Symétriquement, les patient.e.s témoignent de leur difficulté à reconnaître (ibid.) et à faire reconnaître (Ryan et coll. 2021) leurs expériences. Elles qualifient rarement leurs vécus de violents (Bruggemann et Swahnberg 2012) et portent rarement plainte (Bohren et coll. 2015).

Ce phénomène est d'autant plus important qu'il est fréquent. Une étude américaine (n = 2138) rapporte qu'une femme sur dix est susceptible de vivre des maltraitances (réprimandes, inattention, refus de soin) durant son accouchement (Vedam et al. 2019). De plus, ces violences peuvent entraîner des séquelles à court, moyen et long terme sur la santé de leurs victimes-survivantes. Au moment de leur perpétration, les patient.e.s peuvent vivre de la peur, de l'impuissance, de la sidération (Marcilly et Mauri 2018), de la colère, de la détresse, de la déception (Baker et coll. 2005) et une sensation de perte d'autonomie allant jusqu'à l'absence à soi (Swahnberg et coll. 2007).

À plus long terme, la santé psychologique, physique, professionnelle, affective, conjugale, familiale et sexuelle des personnes victimes-survivantes peut être affectée (HCE 2018). En nous référant aux études scientifiques actuelles, certaines réactions sont tantôt analysées comme des conséquences, tantôt comme des tactiques d'adaptation pour faire cesser ces violences. En effet, l'adoption du silence et la réduction de fréquentation des services de santé peuvent être considérées comme des tactiques d'évitement (Brüggemann et Swahnberg 2012; Murray de Lopez 2018) ou comme des conséquences des VGO (HCE 2018; Lévesque et al. 2018). Du reste, les écrits scientifiques ne semblent pas encore se référer aux tactiques permettant de reconnaître cette violence ou de se reconstruire après son expérience.

#### 5.4 Une approche féministe des VGO

Pour saisir au plus près les expériences des personnes victimes-survivantes de VGO, nous avons choisi d'employer un paradigme féministe matérialiste. Il rend possible la compréhension des VGO comme des matérialisations de rapports sociaux de sexe et spécifiques aux séquences du travail reproductif (Mathieu et Ruault 2014). Pour visibiliser des récits marginalisés par l'épistémologie dominante, nous y associons l'approche des points de vue situés (Haraway 1998). Cette conjonction permet d'explorer la manière dont les personnes qui subissent des rapports sociaux de sexe, répondent à ceux-ci et leur résistent (Kergoat 2012). Pour penser les tactiques les plus individuelles, nous utilisons les notions de reconnaissance individuelle et sociale, se référant à la manière dont les personnes victimes-survivantes et la société identifient et donnent du sens à la violence vécue (Clements et coll. 2021). Nous ajoutons le processus complexe et non-linéaire de la reconstruction, qui, en étroite relation avec le processus de reconnaissance, permet aux personnes victimes-survivantes de restaurer leur autonomie et de reformer un lien avec le collectif et la société (Fohn et coll. 2014). Enfin, nous utilisons la classification d'Oliveira et al. (2002) pour définir les formes de VGO rapportées dans notre étude.

## 5.5 Méthodologie

Pour mieux appréhender l'expérience subjective des personnes victimes-survivantes de VGO jusqu'alors peu explorée par la recherche scientifique, nous adoptons une méthodologie de type qualitative exploratoire (Trudel et coll. 2006).

### 5.5.1 Le recrutement et le profil des participant.e.s

Le recrutement a été réalisé selon un processus d'échantillonnage volontaire et par effet boule de neige, cohérent avec les thèmes délicats abordés. Les participant.e.s ont été sollicité.e.s indirectement par la diffusion d'un appel à participation sur les réseaux sociaux et ceux de structures communautaires féministes (Centre de santé des femmes de Montréal; le centre communautaire LGBTQ+ de Montréal; le Centre de Femmes de la Vallée de la Matapédia, etc.). Chacun.e des participant.e.s devait pouvoir s'exprimer en français, avoir 18 ans ou plus au moment de l'entrevue, avoir eu recours à des services en gynécologie et/ou en obstétrique au Québec et rapporter y avoir vécu une (ou plusieurs) expérience(s) de violence. Ce vécu violent devait avoir eu lieu au moins six mois avant l'entretien pour limiter les biais de mémoire.

Notre échantillon est composé de dix participant.e.s, soit neuf femmes cisgenres et une personne non-binaire, âgé.e.s de 24 à 57 ans (moyenne : 43,6 ans). Lors des entrevues, la moitié des participant.e.s était en couple, six étaient mères, sept étaient hétérosexuel.le.s tandis que trois étaient respectivement pansexuel.le, lesbienne ou bisexuel.le. Sept avaient un emploi, deux étaient en arrêt de travail et l'une était en situation d'invalidité permanente. Sept participant.e.s estimaient leurs revenus suffisants alors que trois les jugeaient insuffisants. Tandis que quatre mentionnaient ne pas avoir de problématiques gynécologiques ou obstétricales, six rapportaient souffrir du syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), d'enjeux d'infertilité, d'endométriose ou de cancer.

### 5.5.2 Collecte des données

Les entrevues individuelles semi-dirigées, menées sur *Zoom* du fait de la pandémie de covid-19 entre le 9 et le 29 septembre 2024, avaient une durée moyenne de 75 minutes. Le guide d'entrevue abordait successivement le parcours gynécologique et médical des participant.e.s; les représentations qu'elles.iels avaient du personnel de santé; les conséquences des violences sur leurs vies; et les tactiques et réactions potentiellement adoptées. Un formulaire de consentement et une fiche signalétique étaient partagés aux participant.e.s avant la rencontre. Nous relisons ces documents au début de l'entrevue pour nous assurer du consentement libre et éclairé des participant.e.s signé via le logiciel *Jotform*.

### 5.5.3 Analyse et traitement des données

Les entrevues ont été analysées selon le modèle de l'analyse thématique continue de Paillé et Mucchielli (2012). Nous avons d'abord (1) retranscrit les enregistrements audios en anonymisant les données pour (2) procéder à la lecture attentive et répétée de chaque entrevue retranscrite. À l'aide du logiciel Nvivo12, nous avons (3) attribué des codes aux extraits d'un premier entretien de manière « ininterrompue », « progressive » et « au plus proche » des termes employés par le.a participant.e (ibid.). Nous avons (4) regroupé, fusionné et hiérarchisé les codes identifiés. Les codes attribués ont été validés par accord interjuge avec des membres de notre laboratoire, avant de poursuivre l'analyse pour les 9 entretiens restants. Nous avons enfin pu (5) modifier, bonifier et réviser l'attribution thématique pour élaborer une arborescence thématique finale. Nous avons remplacé les noms des participant.e.s par des pseudonymes pour garantir leur anonymat.

## 5.6 Résultats

Les entretiens menés nous permettent de considérer les personnes ayant subi des VGO comme des sujets dotés de potentiel d'agir face à la violence. Nous distinguerons d'abord cinq grandes catégories dans lesquelles les violences commises par des professionnel.le.s de la santé peuvent être classées (1.). Nous documenterons ensuite quatre types de réactions adoptées par nos participant.e.s au travers d'un travail réflexif, mêlant le doute et la reconnaissance de la violence (2.). Enfin, nous décrirons les tactiques adoptées sur le moment des violences, à leur suite et à plus long terme, allant de la survie à la reconstruction (3.).

### 5.6.1 Des manifestations plurielles de violences

Les dix participant.e.s que nous avons rencontré.e.s ont d'abord partagé un ou deux événements de soins gynécologiques et obstétricaux saillants, mais leur évocation rappelait toutefois une série d'expériences articulées entre elles, formant un enchaînement de situations violentes. Au travers de ces situations, 67 expériences de violences ont pu être classées selon cinq catégories principales (voir tableau 1.). Ces dernières concernent la négligence, la violence verbale, la violence physique, la violence sexuelle et la coercition reproductive.

Tableau 5.1. Classification des violences rapportées

| CATÉGORIES PRINCIPALES DE VIOLENCES | Nombre d'occurrences / Nombre d'expériences de violence | Extraits des témoignages  |
|-------------------------------------|---|---|
| NEGLIGENCE                          | 23/67   | <i>J'avais vécu de l'inceste et je consultais pour des dyspareunies. J'en parlais pour la première fois en me disant que ça pouvait être lié. [...] Il a fait un signe du revers de la main et il a dit « moi je ne m'occupe pas d'ça, ça ne me regarde pas... ». Julie, 57 ans</i> |
|                                     |   | <i>Et mon médecin me dit « Si tu me dénonces, tu ne pourras plus rentrer</i>  |

|  |              |  |
|--|--------------|--|
| <b>VIOLENCE VERBALE /PSYCHOLOGIQUE</b> | <b>22/67</b> | <i> dans la clinique, comment tu feras pour en avoir un de médecin hein? »</i><br><b>Johanne, 50 ans</b>   |
| <b>VIOLENCE PHYSIQUE</b>               | <b>10/67</b> | <i> Il a pris le spéculum et il a fait ça comme ça [Mime comme un coup de poignard]. Il l'a rentré là mais d'une vigueur! On aurait dit qu'il lançait une balle de baseball. Anne, 49 ans</i>  |
| <b>VIOLENCE SEXUELLE</b>               | <b>9/67</b>  | <i> Il me fait venir devant le miroir puis il m'expose. Là à ce moment-là, j'suis nue je n'ai pas de vêtements... Puis il me dit "ils sont beaux" [...] Fait que là il me demande "tu peux-tu en embrasser un ?" puis il est descendu et il m'a... Il m'a embrassé un sein. Il a mis sa bouche... sa bouche sur mon sein gauche... Johanne, 50 ans</i> |
| <b>COERCITION REPRODUCTIVE</b>         | <b>2/67</b>  | <i> Elle dit « t'as eu un avortement » j'lui dis « non », j'lui dis « on m'a dit que j'avais eu un curetage pour nettoyer l'endomètre ». En fait je n'étais pas la seule à qui il avait fait ça. Il avait déjà perdu sa licence [...] ce médecin-là qui a tué mon bébé dans mon ventre sans que je le sache. Anne, 49 ans</i>                          |

Au moment des expériences de violence, la plupart des participant.e.s ont entre 40 et 49 ans (25/67) ou entre 20 et 29 ans (20/67). Ces expériences sont majoritairement subies au sein de cliniques médicales (23/67) ou d'hôpitaux (21/67), et ce, lors de suivis ponctuels (40/67). Elles sont davantage perpétrées par des professionnel.le.s de la santé de genre masculin (34/67). Enfin, nous remarquons que la majorité des expériences de violence sont vécues alors que les patient.e.s consultent en raison de maladies chroniques (endométriose, SOPK, etc.) (17/67).

### 5.6.2 Réagir aux VGO

Les différentes expériences de violences engendrent plusieurs réactions chez les participant.e.s. Ces différentes réactions physiques et verbales s'actualisent au travers d'un travail réflexif, mêlant le doute et la reconnaissance de la violence.

#### 5.6.2.1 Entre paralysie et affirmation de soi

Les 67 expériences de violence provoquent différentes réactions chez les participant.e.s, allant de l'immobilisation, aux exclamations, aux cris, aux rires nerveux, à la prise de parole pour affirmer un point de vue et à une fuite de la séance pour contrôler sa propre réaction (voir tableau 2).

Tableau 5.2. Classification des réactions rapportées

| <b>CATÉGORIES PRINCIPALES DE RÉACTIONS</b> | <b>Nombre d'occurrences /Nombre d'expériences de violences</b> | <b>Extraits des témoignages</b> |
|--|--|---------------------------------|
|--|--|---------------------------------|

|  |              |  |
|--|--------------|--|
| <b>IMMOBILISATION</b>                    | <b>19/67</b> | <i>Dans mes souvenirs, ça fait comme un vide, il y a comme quelque chose de figé. Dans certains rendez-vous, j'ai des souvenirs où je me retenais là... C'était à peine si je respirais, dans le sens où si je respirais profondément, j'allais exploser en larmes. <b>Maude, 30 ans</b></i> |
| <b>CRIS, EXCLAMATIONS, RIRES NERVEUX</b> | <b>9/67</b>  | <i>Et ça m'a tellement faite mal, j'ai hurlé là, mais instantanément, je ne me suis même pas rendu compte que j'avais crié tellement que ça avait fait mal. <b>Anne, 49 ans</b></i>  |
| <b>PRISE DE PAROLE</b>                   | <b>22/67</b> | <i>Puis là, il s'met à croiser les bras puis à m'dire avec un regard vraiment condescendant : « Pourquoi t'as pas d'enfants? ». Puis là j'ai dit « bah t'sais, c'est pas vos affaires ». <b>Marie, 44 ans</b></i>  |
| <b>FUITE DE LA SÉANCE</b>                | <b>1/67</b>  | <i>J'ai pris un grand respire, j'ai pris mon manteau... j'suis partie. J'ai mis fin à la rencontre à ce moment-là, c'était ça ou je la frappais. Je sentais vraiment que j'étais en train de perdre le contrôle là! <b>Andréa, 49 ans</b></i>  |

Il ne semble pas il y avoir de lien clair entre une catégorie de violence et un type de réaction. Cependant, certaines réactions, semblent être liées à la répétition et à l'intensité des actes violents. En effet, la fuite est le dernier recours d'Andréa lorsque les expériences de violence se répètent trop intensément au cours de son suivi médical.

Les réactions rapportées sont, pour cinq participant.e.s, décrites comme incompréhensibles ou inhabituelles : « Sur le coup j'ai pas réagi puis ça m'a vraiment marqué » (Lou, 24 ans). Cette incongruité se mélange pour trois d'entre elles.iels avec une minimisation et une hiérarchisation des violences subies. Mélanie, victime-survivante d'un viol, mentionne qu'elle n'a « pas l'impression que c'est le pire de ce qui aurait pu [lui] arriver » (Mélanie, 46 ans). Quatre d'entre elles.iels rapportent également avoir des occultations mnésiques « pis y'a des bouts, ça m'a tellement faite mal que je ne m'en rappelle plus » (Anne, 49 ans).

#### 5.6.2.2 Un travail réflexif : entre le doute et la reconnaissance

Pour comprendre leurs propres réactions, identifier et donner du sens à la violence subie, les participant.e.s mènent un travail réflexif dès le moment de la violence jusqu'à la participation à l'étude. Malgré le fait qu'une majorité des participant.e.s rapportent prendre conscience de la violence, huit sur dix expriment un doute relatif aux expériences subies, et ce, même lors de l'entretien de recherche. Ainsi, Marie se demande si elle a réellement vécu les évènements :

J'étais bousculée, en état de choc. En sortant de là, j'voyais pas ce qui venait d'arriver puis j'me suis disais « j'ai-tu halluciné? C'est-tu moi? » Je le sais très bien là qu'il m'a donné une tape... dans l'intérieur de la cuisse. (Marie, 44 ans)

Leïla et Johanne mentionnent pour leur part qu'elles ont eu besoin d'« une bonne journée » pour que s'initie le processus de reconnaissance de la violence. Maude se questionne toujours, cinq ans après les événements : « Même encore aujourd'hui, on dirait que je n'arrive pas à dire que c'était de la violence gynécologique ».

Ce travail réflexif est limité par certains mécanismes comme l'autorité médicale et la dépendance aux soins qui engendrent un manque de repères et une difficile reconnaissance de la violence subie.

#### 5.6.2.2.1 Un manque de repères pour saisir les VGO

Tou.te.s les participant.e.s sauf Mélanie associent leurs réactions au fait qu'elles.iels manquaient de repères pour saisir la situation. Lorsque la violence a lieu, trois participant.e.s subissent un type d'examen inédit (test Papp et suivi de grossesse) ou consultent pour la première fois. Elles ne connaissent donc pas les déroulements typiques des consultations ni les normes qui régissent ces interactions. Elles mentionnent se sentir « dans le noir total » (Maude, 30 ans) pour les interpréter. Anne et Maude évoquent leur jeune âge, alors que Jeanne attribue sa sidération au fait qu'elle manquait de connaissances scientifiques pour évaluer les actes du professionnel de la santé. La métaphore du « confessionnal » est employée par Johanne qui perçoit le bureau médical comme un espace clos et asymétrique où les règles et rôles sont prescrits uniquement par les professionnel.le.s de la santé.

#### 5.6.2.2.2 L'impossible remise en cause de la pratique médicale

Neuf participant.e.s rapportent que la remise en question du.de la professionnel.le de la santé, qui « sait ce qu'il fait » (Leïla, 33 ans) est souvent difficile à réaliser. Les participant.e.s associent leur médecin à une figure d'autorité bienveillante, voire sacrée.

Quand j'étais jeune adolescente, j'avais la vision qu'inculque la famille et l'école : « les médecins sont bons, les médecins savent ce qu'ils font ». C'est un docteur; peu importe ce qu'il dit, c'est correct. (Leïla, 33 ans)

Face à son gynécologue-obstétricien, Leïla ne se sent ni légitime, ni légitimée : « lui c'est le médecin, c'est l'autorité et la crédibilité... Moi je suis juste une patiente ». Maude avoue aussi ne pas se sentir suffisamment « valide » pour se fier à ses intuitions. Lou et Leïla ajoutent que la position de l'examen gynécologique allongée sur le dos, les pieds dans les étriers, les vulnérabilise : « T'es comme tellement exposée, tellement offerte... Puis je ne peux rien dire, je ne peux pas répondre dans cet état-là » (Lou, 24 ans). Dans ce contexte et face à la violence, certaines rapportent une situation d'impuissance. Elles se sentent « aliénées » (Anne, 49 ans), « petites filles » (Mélanie, 46 ans), « stupide[s] » (Marie, 44 ans) ou « soumises » (Johanne, 50 ans).

Ce rapport de force entre professionnel.le de la santé et patient.e produit aussi une minimisation, voire une remise en cause de l'acte violent chez les patient.e.s. Ainsi, certain.e.s tentent d'expliquer la violence par des causes externes. Andréa se demande de ce fait si les comportements de son oncologue ne sont pas liés à « une mauvaise journée ». Quatre participant.e.s se responsabilisent. Marie et Leïla se demandent si elles n'ont pas fait quelque chose qui aurait empêché le bon déroulement de la séance. Johanne, qui portait des cache-seins adhésifs lors de l'agression par son médecin, se demande si la violence aurait été perpétrée si elle avait porté une autre tenue. Ce renversement de la responsabilité amène Leïla à se demander si son gynécologue-obstétricien a inséré une brossette endocervicale dans son urètre parce qu'elle est physiologiquement anormale : « je ne me sentais pas normale, je me suis dit "ça y est, je suis un monstre, qu'est-ce qu'il y a de pas correct avec moi?" » (Leïla, 33 ans).

La difficulté à remettre en question les actes médicaux est amplifiée par l'attitude du.de la professionnel.le de la santé. Maude raconte que « si [elle n']arrivai[t] pas bien préparée », son médecin l'humiliait. De la même manière, Marie explique que son gynécologue-obstétricien lui disait que c'était elle « le problème ».

Enfin, parfois l'entourage n'ouvre pas l'espace à une remise en cause du personnel médical et contraint donc la reconnaissance personnelle et collective de l'expérience de violence. Par exemple, Anne nous raconte que son entourage invalide ses sensations (liées à l'endométriose) au profit de l'avis médical.

#### 5.6.2.2.3 Le « chantage médical »

Les professionnel.le.s de la santé sont souvent les seuls à pouvoir donner l'accès aux traitements. Sept participant.e.s évoquent leur dépendance à un.e professionnel.le de la santé pour recevoir ou avoir accès à des soins. Johanne et Maude mentionnent tolérer la violence des séances pour conserver un suivi et obtenir leur traitement. Leïla parle de « chantage médical ». Cette dépendance est aussi, pour quatre participant.e.s, entretenue par les problèmes d'accès au système de santé québécois.

C'est que c'est difficile de changer de médecin... Fait que y'a comme une culpabilité de se dire « oh ben j'en veux plus de ce médecin-là ». (Maude, 30 ans)

Leïla mentionne qu'elle n'aime pas se faire examiner, mais qu'elle est impuissante à trouver une alternative :

Tu ne peux pas boycotter un examen. Parce que veut-veut pas, tôt ou tard, ça revient. Donc tu te sens impuissante. Tu te dis « bon là, il n'y a pas de choix, ça se passe de même » (Leïla, 33 ans)

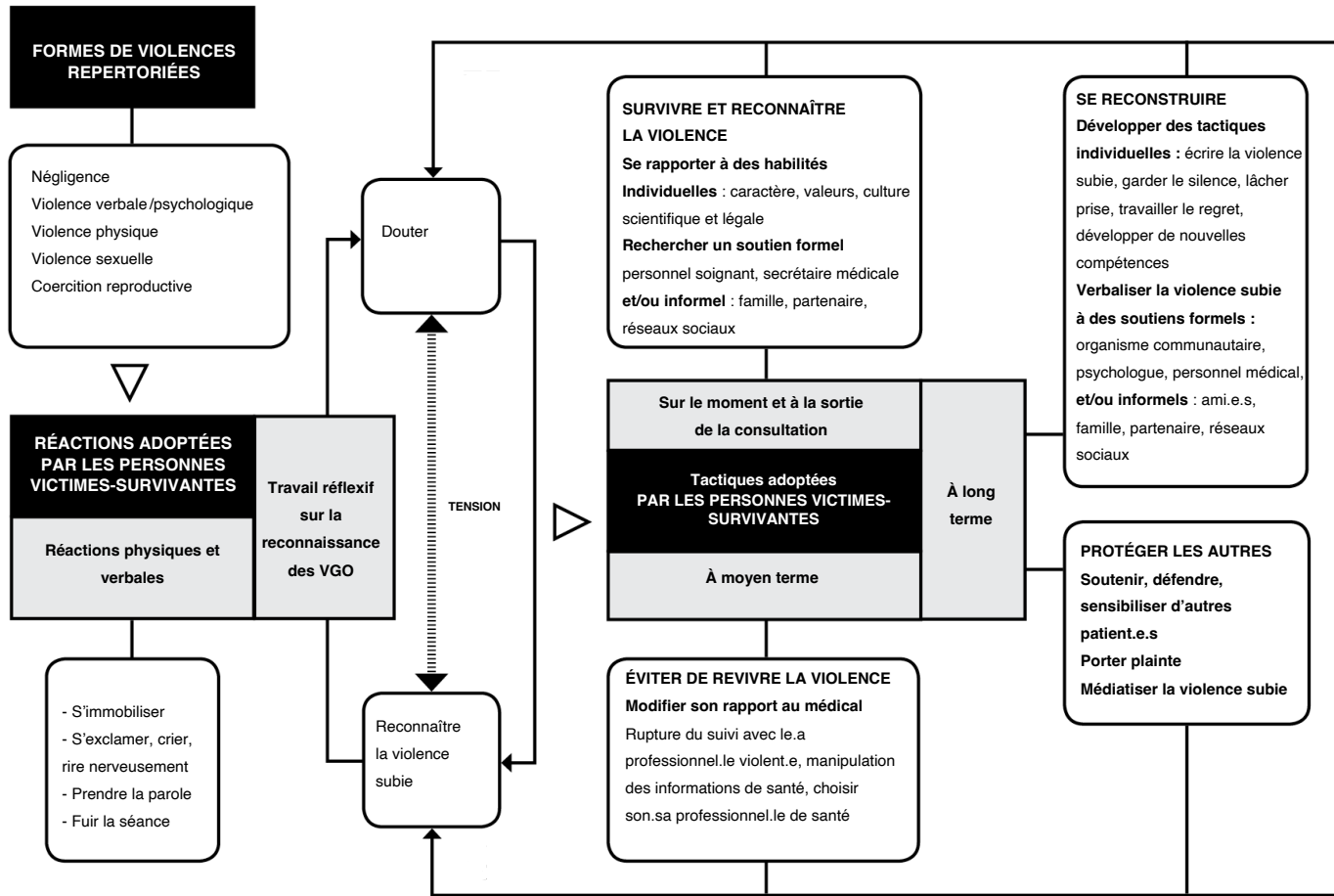


Ces éléments montrent que certaines contraintes complexifient les processus de reconnaissance et limitent les possibilités de réactions à la suite à des VGO. Tou.te.s les participant.e.s témoignent cependant de leurs capacités à mettre en place des tactiques pour survivre à ces situations violentes et aller vers la reconstruction.

### 5.6.3 Tactiques des personnes victimes-survivantes : de la survie à la reconstruction

Nous présenterons ici les tactiques adoptées au moment et après la violence subie, pour lui survivre, la reconnaître, ne plus la revivre, protéger les autres et se reconstruire. Ces tactiques peuvent trouver racine dans des ressources et habilités individuelles. Elles peuvent aussi se manifester par la recherche d'un soutien extérieur ou dans la modification du rapport au monde médical. Un schéma représentant les différentes tactiques, les violences et réactions rapportées est illustrée dans la figure ci-dessous (*figure 1*).

Tableau 5.3. Expérience de violence gynécologique et obstétricale : synthèse des réactions et des tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes



### 5.6.3.1 Sur le moment et à la sortie de la consultation : survivre à la violence et la reconnaître

Huit participant.e.s qui se retrouvent seul.e.s face aux professionnel.le.s de la santé s'en remettent d'abord à leur caractère, à leur culture scientifique et légale, à leur valeur et à l'expérience de leurs symptômes pour survivre à la violence. Grâce à son caractère combatif, Jeanne explique « partir à la bataille » pour survivre face à sa médecin qui tente de la convaincre d'avorter. Cette attitude est informée par ses connaissances médicales qui lui permettent de remettre en question cette coercition reproductive. Marie se repose sur ses valeurs pour refuser des commentaires moralisateurs vis-à-vis de son choix de ne pas avoir d'enfant. Enfin, Anne choisit de faire confiance à son expérience corporelle plutôt que de croire les professionnel.le.s de la santé qui attribuent des causes psychologiques à ses douleurs physiques. Elles.iels tenteront aussi de chercher une aide extérieure. Jeanne refuse de poursuivre la consultation sans avoir pu appeler son mari, ce qui lui permet de refuser l'avortement que le personnel de la santé tentait de lui imposer.

Un sentiment de sécurité et une reconnaissance des violences sont davantage apportés par un.e membre de la famille ou par le.a partenaire, pour quatre d'entre elles.iels, notamment s'ils.elles.iels sont présents durant la séance : « Le hasard fait bien les choses parce que s'il [son partenaire] n'avait pas été là, j pense que ça aurait été catastrophique » (Anne, 49 ans). Toutefois, si les accompagnant.e.s ne prennent pas conscience de la violence qui est vécue, une détresse supplémentaire sera ressentie. C'est ce qui s'est produit chez Andréa, Leïla et Jeanne qui chercheront de l'aide en vain : « Mon mari est de l'autre bord du rideau puis j'étais comme "il ne voit même pas ce qui est en train de se passer" » (Andréa, 49 ans).

À la sortie de la consultation, des secrétaires médicales permettent à deux participant.e.s de reconnaître la violence : « elle m'a dit "que j'étais pas la seule", c'est là que j'ai réalisé » (Marie, 44 ans). Pour Marie et Leïla, la recherche de soutien, mais aussi de consolidation de leur expérience, peut se prolonger sur les réseaux sociaux, par exemple en consultant les commentaires de patient.e.s sur le site *RateMyDoctor*.

### 5.6.3.2 À moyen terme : éviter de revivre la violence

Pour éviter de revivre la violence, huit participant.e.s ne reverront pas leurs médecins. Toutefois, cette rupture du suivi médical se réalise plus ou moins facilement. Andréa se voit refuser à deux reprises l'arrêt de son suivi, et même à la suite de violences dénoncées :

J'ai demandé à pouvoir changer de gynécologue, mais il y avait tellement de demandes et peu de gynécologues qu'on m'a dit que je ne pouvais pas changer. [...] L'infirmière ne voulait rien savoir et me dit « si tu veux changer, téléphone et organise-toi ». J'ai compris qu'ils se protégeaient entre eux. (Andréa, 49 ans).

Trois participant.e.s manipulent ou dissimulent des informations auprès de leurs nouve.aux.lles professionnel.le.s de la santé. Julie, qui a vu ses douleurs invalidées lors de plusieurs examens liés à son endométriose, dit exagérer ses douleurs pour parvenir à être enfin entendue. Andréa quant à elle, fait valoir ses droits. Alors qu'elle a déjà subi un traitement hormonal imposé ayant causé l'apparition d'un cancer, elle s'est depuis informée sur le consentement et est désormais en mesure de faire valoir ses droits et de faire respecter ses choix.

Cinq participant.e.s aménagent activement leur traitement en santé sexoreproductrice. Lou consulte uniquement auprès d'un organisme dans lequel elle a toujours pu bénéficier de soins respectueux. Quatre participant.e.s mentionnent vouloir consulter prioritairement des femmes gynécologues ou au contraire, pour Julie, des hommes. Elles préparent également leur rendez-vous en comparant les avis des professionnel.le.s de la santé sur internet. Deux participantes demandent à leur partenaire de les accompagner et d'être vigilant.e.s lors des séances gynécologiques.

Tou.te.s les participant.e.s se questionnent sur l'opportunité de porter plainte, bien que seules Andréa et Johanne aient réalisé ce processus. Le peu de plaintes effectuées à la suite des violences peut s'expliquer par une méconnaissance des procédures, par la peur de subir de nouvelles agressions ou de réactiver le traumatisme. Lou minimise son expérience et pense qu'il n'y aura pas suffisamment de matière pour une action en justice alors que Marie et Leïla ne croient pas en la justice pour faire changer les comportements du médecin. Trois autres mentionner souhaiter « passer à autre chose ».

#### 5.6.3.3 À long terme : protéger les autres

En participant à l'étude, cinq personnes victimes-survivantes souhaitent susciter ou accompagner un changement, briser un tabou social et protéger les autres patient.e.s. Si la plupart laissent leurs vécus dans l'ombre, Andréa et Johanne rejoignent des groupes publics de soutien, de défense et de sensibilisation. Andréa, Anne et Johanne développent ou soutiennent une pratique d'aide et d'accompagnement auprès de patient.e.s et de personnes victimes-survivantes de violence genrée. Lou recommande des espaces bienveillants à ses ami.e.s. Pour protéger son enfant, Mélanie effectue un travail de transmission et de prévention au sujet de la question du consentement. Leïla partage son témoignage sur RateMyDoctor.

Marie souhaite s'engager collectivement dans le processus de plainte. Johanne médiatise son expérience pour rallier cinq personnes victimes-survivantes à un processus de plainte visant le même médecin: « On s'est tenues ensemble, ça nous a beaucoup aidé lors des différentes étapes. Chacune d'entre elles, c'était un peu comme moi » (Johanne, 50 ans).

#### 5.6.3.4 Se reconstruire ou « comment faire pousser des fleurs dans la merde »

Malgré le fait que l'expérience ait été vécue, en moyenne, il y a plus de 15 ans, la reconstruction des participant.e.s est un processus long et toujours en cours. Cinq d'entre elles.iels rapportent l'importance de la parole dans ce processus. La verbalisation de la violence et son écoute par autrui, sans remise en question ni banalisation, permettent de calmer les doutes et les questionnements des participant.e.s. Cette expression peut se réaliser de manière informelle, auprès de la famille, des partenaires, des ami.e.s ou au travers des réseaux sociaux. Elle peut aussi être plus formelle, auprès d'un organisme communautaire, d'un.e psychologue ou d'un.e professionnel.le de la santé. Si Marie décide de « raconter ça à tout le monde » (Marie, 44 ans), Johanne s'adresse à des organismes spécialisés : « j'ai décidé d'appeler le CAVAC [Centre d'Aide aux Victimes d'Actes Criminels], puis, en exposant ma situation à quelqu'un de neutre, qui m'a accueillie et entendue, j'ai vraiment réalisé que c'était de l'abus » (Johanne, 50 ans).

La prise de parole peut aussi s'effectuer par l'écriture. Anne écrit les violences qu'elle a pu subir sur du papier et le brûle par la suite. Mélanie, quant à elle, écrit des livres et y raconte certaines expériences vécues :

C'est des recueils de nouvelles. Chacun a une quarantaine d'histoires, c'est comme des morceaux de moi en personnage que j'essaie de guérir. C'est un petit tricot qui se fait doucement. J'essaie vraiment de toucher à l'inconscient à chaque fois pour aller guérir.  
(Mélanie, 46 ans)

Six des participant.e.s abordent toutefois prendre plutôt le parti du silence à la suite d'un manque de soutien extérieur. En effet, réactiver des événements traumatiques est vécu difficilement par les participant.e.s lorsque leurs expériences sont banalisées et minimisées par leur auditoire.

J'essayais d'en parler, mais à un moment donné, j'me rendais compte que ça n'intéressait pas vraiment les gens autour. Donc, je vais garder mon histoire, je vais continuer mon chemin.  
(Leïla, 33 ans)

Cinq participant.e.s témoignent de la perte d'espoir occasionnée par un manque de reconnaissance institutionnelle et publique des expériences de VGO : « T'es dans une situation où t'as comme pas d'issues. Si t'as pas obtenu réparation, faut qu'tu vives avec » (Leïla, 33 ans).

Sept d'entre elles.iels vont se résoudre à lâcher prise face à l'évènement violent pour tenter de passer à autre chose, mais d'autres vont, au contraire, réagir en développant de nouvelles compétences. Par exemple, Mélanie développe sa confiance en elle et se sent plus armée face à de futures violences. « J'ai beaucoup plus du respect pour moi-même aujourd'hui. Y'a peut-être des fleurs qui poussent dans la merde... des

aspects plus positifs qui en ressortent » (Mélanie, 46 ans). Anne s'informe pour comprendre ses douleurs d'endométriose et se tourne davantage vers les médecines alternatives. Pour développer ses connaissances dans le domaine, Lou participe à des ateliers informatifs et à des groupes de discussion sur la santé sexuelle et reproductive. Andréa fait un travail de « deuil » vis-à-vis de son ancien corps et le réinvesti en s'y sentant encore plus féminine :

Je redécouvre un corps dans lequel je me sens mieux. Je porte plus de rose, je porte plus de fleuris. Avant je n'aimais pas ma petite voix aiguë mais là maintenant je l'assume. Fait que c'est autre chose, je suis allée chercher la délicatesse que j'exploitais peut-être moins avant. (Andréa, 49 ans)

Les participant.e.s doivent tout de même composer avec une forme de regret que les événements ne se soient pas déroulés différemment. Le conditionnel du « si » et du « sinon » affecte toujours l'expression d'événements qui auraient pu ou dû se passer autrement. Marie regrette la rencontre avec son gynécologue : « c'est là que j'ai rencontré mon médecin, sinon ça ne serait jamais arrivé ». Andréa déclare que son corps désormais affecté aurait pu avoir une apparence différente « C'est vraiment plus dans le “Et si elle avait écouté ce que je lui avais demandé?” ».

## 5.7 Discussion

Guidée par une perspective féministe, notre étude exploratoire a permis de documenter l'expérience de personnes ayant subi des VGO au Québec. Nos principaux résultats indiquent que les personnes victimes-survivantes ont tendance à adopter quatre types de réactions physiques/verbales au travers d'un travail réflexif mêlant le doute et la reconnaissance. Nous avons également décrit différentes tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes pour survivre à la violence, la reconnaître, ne plus la revivre, protéger les autres et se reconstruire.

Lors des expériences de VGO, les personnes victimes-survivantes ont majoritairement tendance à s'immobiliser, même si elles peuvent aussi prendre la parole; crier, s'exclamer; ou fuir la séance. Le cadre féministe matérialiste nous permet de penser la réaction majoritaire de l'immobilisation comme étant socialement produite par les rapports de pouvoir. Nicole Mathieu (1985) montre comment les personnes opprimées sont maintenues dans l'ignorance, exclues de moyens de défense et félicitées pour leur docilité. Les personnes assignées femmes n'auraient donc pas autant accès à des moyens matériels et psychologiques pour se défendre que les personnes assignées hommes (Millepied 2017). L'activité du travail réflexif, producteur de sens, soutient cette théorie. Ce travail montre comment le doute se construit autour d'un manque de repères pour identifier les VGO, mais aussi d'un rapport de pouvoir entre professionnel.le.s et

patient.e.s. Il engendre mutisme, immobilisation et un dialogue intérieur du type « je ne peux pas » ou « ceci a-t-il réellement existé ? » qui surplombent et contraignent les actions des personnes victimes-survivantes (Casselot 2018). Ce manque de repères se construit autour d'une relation de confiance entre patient.e et professionnel.le de la santé. Cette relation est nécessairement asymétrique en ce qu'elle se fonde sur les compétences professionnelles du médecin et est en partie déterminée par « le contexte des sociétés patriarcales, racistes, classistes et hétéronormatives » (Casselot 2018 : 81). Cette confiance induit symétriquement, et dans un contexte de VGO, une déresponsabilisation du personnel de la santé et une culpabilisation des patient.e.s.

Malgré cette subordination intériorisée et imposée, nous avons montré que les personnes victimes-survivantes mettaient en place des tactiques pour survivre à la violence et se reconstruire. Ces tactiques témoignent de leur capacité à être acti.f.ve.s dans leurs processus de reconstruction. Nous constatons que, malgré un manque de soutien institutionnel, les participant.e.s ont souvent trouvé un soutien social plutôt informel (ami.e, famille, partenaire, réseaux sociaux) ou formel (organisme communautaire, psychologue, personnel médical) dans leurs processus de reconnaissance et de reconstruction. Ce soutien réduit le sentiment de détresse et de solitude (Lopez-Fuentez et Calvete 2015). Certain.e.s participant.e.s témoignent d'une redéfinition de leurs rapports à l'extérieur : un nouveau souci de l'autre, la volonté de s'allier ou le besoin d'exprimer son expérience. À la suite des écrits de Danièle Kergoat (2012) sur le passage à la résistance des femmes, nous pensons ces pratiques comme des étapes nécessaires à la mise en commun, à la possibilité d'une résistance, d'une reconnaissance de la violence et de reconstructions individuelles et collectives. Finalement, notre étude a également documenté une modification active post-violence du rapport des personnes victimes-survivantes à leurs pratiques médicales : rupture de suivi, manipulation des informations de santé, choix actif de leur nouveau professionnel.le de la santé, pratiques de santé alternatives. Ce passage de l'individuel au collectif, mais également d'un nouveau rapport de confiance-méfiante, pourrait permettre de « faire levier sur les rapports sociaux et [de] donne[r de] la puissance d'agir » (Kergoat 2012 : 27).

Cette étude qualitative exploratoire, réalisée avec un petit échantillon, présente des limites à considérer, dont la transférabilité des données. En effet, les dix entretiens réalisés ne permettent pas d'avoir une vue d'ensemble sur l'expérience des personnes victimes-survivantes de VGO au Québec (Bourgeois 2021). De même, pour mieux saisir les liens entre réaction et forme de violence, il aurait été pertinent de réaliser plus d'un entretien par personne. Enfin, les entrevues n'ont pas permis d'observer une particularité à l'expérience de la non-binarité

Sur plan clinique, cette étude enjoint le rétablissement de relations plus égalitaires entre professionnel.le.s de la santé et patient.e.s et la redistribution d'informations relatives aux consultations gynécologiques et obstétricales. Elle souhaite aussi encourager les clinicien.ne.s, intervenant.e.s du domaine psychosocial et membres chercheur.e.s à être attentif.ve.s aux violences subies en contexte gynécologique et obstétrical, et à valoriser la reconnaissance et la reconstruction des personnes victimes-survivantes de VGO. Pour poursuivre le développement de la recherche sur le sujet, une recherche-action pour développer des outils spécifiques à l'accompagnement des personnes victimes-survivantes de VGO dans la reconnaissance et la reconstruction post-violence nous semblerait adaptée.

Pour conclure, notre recherche a, dans une perspective féministe matérialiste associée au paradigme du point de vue situé, permis de saisir l'expérience de personnes victimes-survivantes de VGO au Québec. Elle a mis en valeur le fait qu'elles n'étaient pas passives face aux violences et qu'elles adoptaient des réactions et tactiques pour les reconnaître, leur résister, s'en défaire et se reconstruire. Nous avons aussi montré que l'élaboration de ces tactiques était contrainte par des rapports sociaux de sexe et par l'autorité épistémique médico-légale. Nous pensons qu'il est essentiel et urgent que les personnes victimes-survivantes de VGO puissent avoir accès à un soutien social, organisationnel et institutionnel adéquat. La société doit valoriser le consentement, l'expertise des patient.e.s et la formation des corps professionnels à ces enjeux.



## CHAPITRE 6

### DISCUSSION

Dans ce chapitre, je vais discuter les résultats issus de mes entrevues au travers d'une littérature empirique et théorique. Cette discussion me permettra également de présenter les implications pratiques, les limites de cette étude et les perspectives pour les recherches futures. J'y aborderai d'abord les principales réactions des personnes victimes-survivantes lors des expériences de violence (6.1.). Ensuite, je me concentrerai sur ce que j'appelle le travail réflexif des personnes victimes-survivantes (6.2.). Je verrai comment la littérature peut me permettre de mieux appréhender ce moment critique, qui mêle le doute et la reconnaissance de la violence subie. Enfin, je m'intéresserai aux tactiques adoptées par les personnes victimes-survivantes pour survivre aux violences, les reconnaître, ne plus en revivre, protéger les autres et se reconstruire (6.3.).

#### 6.1. S'immobiliser ou prendre la parole : des réactions de défense face au danger

J'ai pu constater que les personnes victimes-survivantes de VGO adoptent quatre types de réactions physiques et/ou verbales au moment où elles les subissent. Les réactions majoritairement rapportées sont celles de l'immobilisation et de la prise de parole. Les participant.e.s ont aussi pu rapporter des cris, des rires nerveux ou des exclamations. Certain.e.s ont même quitté la consultation.

Les travaux menés dans le domaine de la neurobiologie sur la perception du danger permettent de nous informer sur ces réactions. Des chercheur.r.se.s ayant observé le comportement des animaux ont rapporté différentes typologies de réactions à des stimuli dangereux et aversifs : des réactions de combat, de fuite et d'immobilité (Cannon, 1915; Roelofs et al., 2010). Ces observations neurobiologiques ont pu être étendues aux réactions humaines et notamment à celles des personnes victimes-survivantes de violences sexuelles (Ullman, 1997; Möller et al., 2017).

Sara Ullman (1997) a proposé une classification qui me semble tout à fait intéressante pour illustrer ces résultats. Selon cette chercheuse, les personnes victimes-survivantes de viol peuvent adopter des réactions de résistance physique avec exercice de leur force (coups, utilisation d'arme, morsure, etc.) ou des attitudes de défense physique sans recours à la force (évitement et amortissement des coups, diversion, fuite, etc.). Elles peuvent également adopter des réactions de résistance verbale offensive (cris, menaces) ou défensive (pleurs, supplications, appels à la raison) (Ullman, 1997). Plus récemment, Anna Möller et ses collègues (2017) ont mis en évidence la réaction d'immobilité tonique, caractérisée par une inhibition motrice involontaire et temporaire (immobilisation, paralysie, inhibition du mouvement volontaire) (Möller et al., 2017). Il me semble opportun de reprendre ces modèles de réaction aux violences sexuelles pour les

appliquer aux réactions aux VGO que j'étudie, des réactions qui semblent la plupart du temps incompréhensibles pour les participant.e.s elles.iels-mêmes. En effet, les personnes victimes-survivantes de VGO adoptent plus fréquemment des réactions d'immobilisation (tremblements, crispation, malaise vagal) (Möller et al., 2017), des attitudes de résistance verbale offensive (refus de répondre à des questions déplacées, rhétorique de persuasion), des résistances verbales défensives (cris, exclamations, rire nerveux), et plus rarement, des attitudes de défense physique sans recours à la force (interruption de la consultation médicale) (Ullman, 1997). La seule réaction qui n'a pas été rapportée au sein de l'échantillon est celle de la résistance physique avec usage de la force.

Ces théories neurobiologiques et comportementales issues d'une épistémologie objectiviste ne me permettent toutefois pas de saisir plus finement la narration et le vécu subjectif des personnes victimes-survivantes ni des rapports sociaux qui s'actualisent dans ces espaces de tension (Kergoat, 2001). Les théories et recherches qui s'intéressent aux réactions aux violences de genre à partir du prisme de la biologie peuvent avoir tendance à naturaliser une différence de réaction selon les sexes. Selon ces théories, les hommes auraient plus tendance à répondre à la violence par des comportements conflictuels, alors que les femmes auraient tendance à être hésitantes, à avoir peur et à s'immobiliser (David et Lyons-Ruth, 2005). Or, le cadre féministe matérialiste permet de penser ces réactions différenciées non plus selon un ordre dit *naturel*, mais comme socialement produites par des rapports de pouvoir (Pache, 2013). En effet, Mathieu (1985) montre que ces réactions, ces conséquences physiques et psychologiques sont des produits et conséquences des violences patriarcales :

Il faut aussi reconsidérer le concept de violence. Les violences physiques et morales, l'exclusion des moyens de défense, l'ignorance où sont maintenues les opprimées, tout autant que les « gratifications » si elles restent à leur place, concourent aux atteintes au fonctionnement de l'esprit, aux atteintes à la personne, à l'anesthésie de la conscience (Mathieu, 1985, p. 9).

Cette approche pourrait me permettre de comprendre pourquoi la résistance physique avec usage de la force n'est pas présente dans mon échantillon. En effet, la réaction par la force, par le conflit n'est pas socialement valorisée et fait donc peu partie du *catalogue* des réactions disponibles pour les personnes victimes-survivantes. Anne-Charlotte Millepied (2017) montre, à partir de l'épistémologie matérialiste, que les personnes assignées femmes n'ont pas accès aux moyens matériels et psychologiques (techniques de défense, validation émotionnelle et collective) permettant d'adopter des mécanismes de défense physique.

Je poursuivrai l'idée selon laquelle la violence patriarcale n'est pas simplement le moment de la violence, mais a des conséquences jusque dans les réactions des personnes victimes-survivantes, dans leurs processus

de reconnaissance et de reconstruction. Je vais donc désormais explorer aussi la manière dont ce travail réflexif est pris dans des rapports sociaux de sexe.

## 6.2. Penser le travail réflexif dans une perspective féministe

J'ai décidé d'utiliser la qualification de travail réflexif pour identifier au sein des discours un processus introspectif et réflexif opéré par les personnes victimes-survivantes visant à la compréhension de la violence subie. Pour les participant.e.s, ce travail réflexif s'est caractérisé par un processus critique d'évaluation et de caractérisation par la verbalisation des événements violents. Dans mon étude, il se traduit par une alternance entre des moments de doute, de minimisation, des tentatives de responsabilisation et des moments de reconnaissance. Le travail réflexif est une expression employée par les sociologues et les anthropologues pour caractériser « des réflexions de tous ordres autour de la subjectivité [...] autrefois confinée dans le hors-texte » (De Sardan, 2000, p. 417). J'utilise le terme de travail pour valoriser l'activité productrice de sens que les personnes victimes-survivantes de VGO doivent exercer et qui oscille entre le doute et la reconnaissance. Cette forme de travail :

N'implique pas nécessairement des tâches matérielles, mais mobilise toujours un travail psychique de réflexion et d'anticipation combiné avec un travail de mise en latence de sa propre inquiétude, sa propre agressivité, irritation ou ambivalence. (Molinier, 2013, p. 76)

Je comprends les limites posées à l'emploi de ce terme comme la critique d'un travail individuel qui n'aboutit pas toujours à une mise en commun. Selon Louis Claude Paquin (s.d.), la réflexivité correspond à la manière dont une personne interroge une expérience subjective vécue. Le passage par le concept de réflexivité permet ainsi de mettre au cœur de ma démarche la réflexion et l'introspection des personnes dans leurs expériences et pratiques incorporées (Paquin, s.d.). Les recherches s'accordent sur l'importance de penser le réflexif comme un processus partant d'une expérience pour aller vers la compréhension et l'action (Gabriel, 2018; Lumsden et al., 2019).

Les deux sous-parties suivantes vont me permettre d'explorer, avec la littérature, les deux dimensions de ce travail réflexif : le doute (6.2.1) et la reconnaissance (6.2.2).

### 6.2.1. Une compréhension féministe matérialiste du doute

Lorsque j'ai envisagé l'expérience des VGO, je me suis d'abord principalement intéressée aux mécanismes et aux conditions de reconnaissance de la violence subie. Or, je n'avais pas mesuré l'importance du phénomène du doute. Le doute est en effet apparu dans la majorité des témoignages que j'ai recueillis (8/10). Bien qu'une majorité de participant.e.s témoigne d'une certaine conscience de ce qu'elles/ils subissent au

moment de la perpétration des violences, elles.iels soulignent symétriquement le frein du doute et un sentiment de remise en cause de la réalité de la violence qui les empêchent parfois de réagir. Cette déréalisation de l'expérience de la violence peut perdurer pendant plusieurs heures, voire plusieurs mois ou plusieurs années, après l'expérience de VGO.

La philosophe Marie-Anne Casselot (2018) propose une analyse féministe particulièrement intéressante du doute. Elle approche le doute comme un outil épistémologique souvent employé par la philosophie. Selon elle, le doute se construit au travers de la socialisation genrée et des interactions sociales. Le doute peut ainsi être compris comme « un acte [genré] réflexif préalable à une affirmation et à un jugement » (Casselot, 2018, p. 71). Selon elle, le doute féminin peut être incorporé par l'immobilisation ou le mutisme (Casselot, 2018). Elle reprend la théorie d'Iris Marion Young (1980) sur l'intentionnalité entravée « qui tend vers un but à travers un “je peux” et qui, en même temps, se retient d'y engager toute sa puissance corporelle à travers un “je ne peux pas” auto-imposé » (p. 146). De fait, si un.e patient.e projette un « je peux » ou « je pourrais » (sortir de la pièce, crier sur un.e professionnel.le de la santé pour le.a faire partir), cette intention est directement contrainte par un « je ne peux pas » auto-imposé induit par les rapports sociaux de sexe. Cela montre que les rapports sociaux de sexe ne se matérialisent pas seulement par des actes de domination, de violence ou d'exploitation, mais que la socialisation va jusqu'à faire intérioriser cette subordination. Ceci explique donc que le doute est une manifestation d'un rapport social de sexe.

#### 6.2.2. Penser les autres obstacles à la reconnaissance

Pour expliquer cette difficulté à reconnaître les VGO, les personnes victimes-survivantes se rapportent d'abord à leur manque de repères vis-à-vis de la situation (9/10). Elles.iels sont nombreu.x.ses à aborder la nouveauté du contexte (premier recours à un type d'examen ou à une séance gynécologique et/ou obstétricale). De plus, elles.iels rapportent ne pas reconnaître les VGO en raison d'un rapport d'autorité incarné par le.a professionnel.le de la santé (9/10) et par une certaine dépendance aux soins (7/10). Certain.e.s participant.e.s peuvent aussi avoir tendance à déresponsabiliser leur agress.eur.euse en attribuant la faute à leur propre comportement, à leur physiologie singulière ou à leurs codes vestimentaires conjoncturels. Ce mécanisme d'inversion pourra être amplifié par l'entourage des personnes victimes-survivantes et leur propre intériorisation de certaines représentations de pouvoir.

Au travers de ces résultats et de mes lectures sur les violences sexuelles (en l'absence de lectures ciblées sur les VGO), j'observe que les personnes victimes-survivantes manquent de modèles relationnels et institutionnels qui préciseraient le cadre de la situation. En effet, j'ai mis de l'avant que le milieu médical a une structure très hiérarchisée. Il est marqué par des rapports de domination en fonction du statut (médecin,

patient.es) et des rapports sociaux de race, de genre et de classe (Cohen Chabot, 2015; Pache, 2013). Les patient.e.s sont donc souvent relégué.e.s à un état de passivité à tel point que la structure des consultations, des suivis et plus largement du milieu des soins de santé peut demeurer méconnue. Cette méconnaissance participe à la perpétuation des rapports de domination (Koechlin, 2022). Les personnes n'ont donc pas de repères pour saisir les actes et pratiques qui ont lieu pendant une séance gynécologique. Le manque de repères vis-à-vis du fonctionnement de la consultation gynécologique et obstétricale entretient donc un doute qui entrave la reconnaissance de la violence. Ceci est accentué par l'asymétrie de pouvoir entre personnel de la santé et patient.e (Pache, 2013). En effet, le.a patient.e arrive souvent en souffrance en séance gynécologique et obstétricale. Elle.iel se retrouve dans une position de demande vis-à-vis d'un.e professionnel.le surplombant.e.

De plus, la relation gynécologique et obstétricale, et plus largement médicale, est bâtie sur une nécessaire confiance à l'égard du.de la professionnel.le de la santé. La notion de confiance caractérise une relation intersubjective de mutuelle vulnérabilité et solidarité (Casselot, 2018). Avoir confiance, c'est justement ne pas douter de l'autre. On comprend donc qu'un minimum de confiance est nécessaire dans la relation patient.e-professionnel.le de la santé. Or, pour Casselot, « la fiabilité ou la compétence sont donc des caractéristiques distribuées inégalement dans le contexte des sociétés patriarcales, racistes, classistes et hétéronormatives » (Casselot, 2018, p. 81). Karen Jones (1996) observe également que la confiance est construite socialement et tend à confirmer des rapports sociaux. Elle montre la tendance à accorder sa confiance à des groupes sociaux privilégiés, en position de domination. Cette confiance induit donc symétriquement et dans un contexte de VGO une déresponsabilisation du personnel de la santé et une culpabilisation du.de la patient.e.

Ce frein à la reconnaissance des VGO, non sans rapport avec ce qui vient d'être évoqué, est aussi identifié par les écrits scientifiques sur les violences sexuelles (Anderson & Overby, 2021; Ullman, 2010a). Le Haut Conseil français à l'Égalité entre les femmes et les hommes (2018) a du reste déjà établi un parallèle entre le mécanisme d'inversion de culpabilité dans les violences de genre et dans les VGO. Les témoignages recueillis par cette étude montrent qu'en effet, les personnes victimes-survivantes ont tendance à justifier les violences des professionnel.le.s de la santé par une mauvaise journée ou par un problème de communication. La question de la communication interpersonnelle est un élément souvent abordé pour minimiser les violences de genre (Wilson et Miller, 2016). À ce titre, je peux rappeler les propos de l'ancienne présidente de la fédération des médecins spécialistes du Québec présentés plus tôt qui aborde la présence d'une problématique de communication pour expliquer les VGO (Francoeur, 2019).

Tous ces éléments me permettent d'affirmer l'existence de rapports sociaux, médicaux et de sexe entre, d'un côté, un.e patient.e assigné.e au féminin par sa vulnérabilité, son instabilité émotionnelle, son incapacité à faire des choix raisonnés (O'Connell et Zampas, 2019), l'exagération de ses douleurs (Lloyd et al., 2020) et de l'autre côté, la figure masculine parentale (Shutzberg, 2021), sachante (Garcia-Retamero et Hoffrage, 2013), surplombante et bienveillante (Venuelo et al., 2020) d'un.e professionnel.le de la santé assigné au masculin. Ainsi, la séance gynécologique et obstétricale actualise des rapports sociaux et d'autorité qui sont médiés par un scénario, une théâtralisation (Guyard, 2008). Or, lorsque celui-ci est rompu par un acte violent, on constate un manque de repères, de cadre et de scripts qui participent à créer un doute et contraignent la reconnaissance. Ces freins à la reconnaissance empêchent parfois les personnes victimes-survivantes d'aller chercher de l'aide ou de signaler la violence dont elles ont été l'objet. J'ai toutefois, par cette étude, voulu valoriser des tactiques qui étaient adoptées par les personnes victimes-survivantes.

### 6.3. Des tactiques adoptées pour survivre à la violence, la reconnaître, ne plus en revivre, protéger les autres et se reconstruire

Les résultats de cette étude montrent que les personnes victimes-survivantes adoptent pourtant différentes tactiques pour survivre à la violence subie, la reconnaître, ne plus en revivre, protéger les autres et se reconstruire. En considérant le manque d'études consacrées aux VGO et en les inscrivant sur le continuum des violences de genre (Cohen Shabot, 2016; Diaz-Tello, 2016; Lévesque et al., 2018), je vais discuter les différentes formes de tactiques adoptées en m'appuyant sur les écrits féministes académiques et sur les recherches portant sur la violence faites aux femmes. Je questionnerai d'abord les tactiques individuelles adoptées face au manque de soutien social et institutionnel (6.3.1.). J'envisagerai ensuite les tactiques partant de la recherche d'un soutien pour aller jusqu'à la protection des autres (6.3.2.). Enfin, j'aborderai les tactiques développées par les personnes victimes-survivantes vis-à-vis des institutions de santé gynécologique et obstétricale et du rapport au monde médical (6.3.3.).

#### 6.3.1. Des ressources et habilités individuelles face au manque de soutien institutionnel et social

J'ai constaté que lorsque ces violences ont lieu et du fait des rapports sociaux déjà explicités, les personnes victimes-survivantes témoignent être invalidées, banalisées et minimisées par leur entourage et les institutions. En effet, les participant.e.s de cette étude ont insisté sur le fait que les ressources individuelles sont d'autant plus nécessaires et importantes qu'elles pallient au manque de soutien institutionnel et social. Les témoignages s'accordent sur le fait que le processus de plainte est rarement une ressource permettant une progression vers une reconstruction post-violence. En effet, seule une minorité (2/10) de participant.e.s portera plainte, la majorité gardant le silence (6/10), et ce, pour plusieurs raisons : la méconnaissance des procédures; la peur de subir de nouvelles agressions (cette fois-ci institutionnelles); la peur de réactiver le

traumatisme par sa narration; le fait qu'elles minimisent elles-mêmes la gravité de leur expérience; la croyance, enfin, que leur plainte n'aura pas de conséquences juridiques ou une réelle influence sur l'agresseur.

Ce dernier élément rejoint certaines conclusions de la recherche scientifique à propos des personnes victimes-survivantes de violence sexuelle. Cantor et ses collègues (2015) ont souligné que le silence des personnes victimes-survivantes était dû au déficit de confiance vis-à-vis des institutions policières et juridiques. Dans son étude sur les personnes victimes-survivantes de viol, Sarah Ullman a sensiblement abouti aux mêmes conclusions. À la suite d'une étude empirique, elle constate que deux tiers des personnes ayant subi une agression sexuelle ne s'adressent pas à la police par crainte d'une réaction négative (Ullman, 2010a). Du côté de l'entourage, la difficulté des personnes victime-survivantes à s'exprimer peut s'expliquer par un sentiment de honte et de gêne correspondant plus généralement à une culture de victimisation de genre (Ullman, 2010a). Pour commenter ce phénomène de silence propre aux personnes victimes-survivantes de violences sexuelles, Sara Ullman propose le concept de « communauté invisible » (Ullman, 2010a, p. 19), ou de communauté silencieuse. Les personnes ayant subi cette forme de violence sont donc réduites au silence. Danièle Kergoat (2012) montre que le choix du silence consisterait à laisser aller plutôt que de répondre à la violence par la violence. Ce choix serait lié pour elle à l'« habitude de contenance de [la violence de] l'autre » (Kergoat, 2012, p. 68) et à la simple crainte de l'épisode violent. Sara Ahmed montre aussi qu'il y a une injonction au silence dans la société néo-libérale pour masquer la matérialité des rapports sociaux et maintenir l'illusion d'une « joie patriarcale » (Ahmed, cité dans Current, 2022, p. 631).

À la lumière de la conceptualisation de la reconnaissance telle que développée par Nancy Fraser (2004), il devient possible de penser la subordination des personnes victimes-survivantes de VGO. Celles-ci subissent un déni de reconnaissance à la fois social et collectif et expliquent donc la subordination des patient.es. De plus, ces dénis de reconnaissances de l'extérieur induisent, comme je l'ai déjà expliqué avec le doute, une difficulté de reconnaître pour soi-même son statut et/ou une expérience.

Face à un manque de soutien général, cette étude a montré que les personnes victimes-survivantes de VGO disposent de ressources et habiletés individuelles. Celles-ci peuvent relever de connaissances scientifiques et légales qui permettent de comprendre qu'un acte médical n'est pas adéquat, de valeurs morales de justice reproductive, d'un caractère combatif ou d'une capacité à lâcher prise (8/10). Ces ressources et habiletés individuelles, qu'elles possèdent déjà parfois au moment des violences peuvent aussi se développer à la suite de l'épisode violent. Des constats similaires ont pu être documentés dans des travaux réalisés sur le processus de résilience des personnes victimes-survivantes de violence conjugale (Anderson et al., 2012;

Draucker et al., 2009; Lopez-Fuentes et Calvete, 2015; Giles & Curren, 2007). La résilience est définie comme « la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer, à continuer à se projeter dans l'avenir, en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » (Manciaux et al., 2001, p. 17). D'abord, la capacité de résilience s'exprime dans le fait de pouvoir reconnaître rapidement l'évènement traumatique (Anderson et al., 2012; Draucker et al., 2009). Cette capacité de reconnaissance s'appuie dans cette étude sur des connaissances scientifiques, médicales et légales et semble d'autant plus nécessaire dans le contexte de VGO marqué par l'asymétrie de pouvoir entre professionnel.le de la santé et patient.e. La plupart des répondant.e.s témoignent avoir conscience qu'un acte violent a été commis, ce qui ouvre vers un processus de résilience. Des études montrent ainsi que les femmes qui font le plus preuve de résilience parviennent à lâcher prise vis-à-vis de l'épisode violent en se focalisant sur le temps présent (López-Fuentes et Calvete, 2015; Giles & Curren, 2007). Des répondant.e.s ont explicitement mentionné avoir lâché prise pour passer à autre chose (7/10). La littérature foisonnante sur les processus de résilience des femmes victimes-survivantes de violence a décelé d'autres facteurs de résilience que les participant.e.s de l'étude n'ont pas mentionné. Je pense en particulier au fait de s'en remettre à des valeurs intellectuelles comme la spiritualité (López-Fuentes et Calvete, 2015).

### 6.3.2. De la recherche de soutien à l'activisme

Malgré l'invisibilisation des VGO et ses conséquences sur les personnes victimes-survivantes, ces dernières tendent à chercher du soutien au-delà de tactiques individuelles. Cette étude a montré que ce soutien peut être informel (ami.e, partenaire, famille, réseaux sociaux) ou plus formel (personnel soignant, nouve.au.lle professionnel.le de santé, secrétaire médicale, organismes communautaires). Ces soutiens peuvent conduire à des entreprises plus collectives, politiques et sociales de sensibilisation et de dénonciation.

La recherche d'un soutien extérieur est aussi la tactique la plus documentée dans les écrits scientifiques consacrés à la violence en général (López-Fuentes et Calvete, 2015; Harvey, 2007). Le sentiment de pouvoir compter sur les autres lorsque l'on subit des violences sexuelles inhibe en partie le sentiment de détresse et de solitude (Frazier et al., 2004; Steel et al., 2004). Le soutien social et communautaire entraîne une amélioration significative de la santé mentale et amortit les événements stressants de la vie (Ogbe et al., 2020). Comme le note López-Fuentes et Calvete (2015), plusieurs modes d'expression permettent (comme l'ont rapporté les participant.e.s de cette étude) de se réapproprié la violence, de la reconnaître et éventuellement de la sublimer : par la verbalisation avec un tiers, qui peut aussi prendre la forme de notes introspectives dans un carnet intime ou à l'adresse d'une personne proche, voire par la créativité d'une expression artistique ou poétique plus libre. On pourrait relier ces recours et ces appels vers l'extérieur avec le concept de « hors-sol » de Danièle Kergoat (Kergoat, 2012, p. 238). Par « hors-sol » elle désigne la



difficulté pour les femmes d'accéder, comme d'autres groupes marginalisés, à des espaces communs. J'ai ainsi constaté l'isolement des participant.e.s vis-à-vis d'autres femmes qui ont subi des actes similaires, ce qui peut les entraîner à avoir l'impression de subir des actes isolés (Basile & Bouchard, 2022, p. 50). Cela étant, il faut aussi symétriquement affirmer que des espaces de la littérature, mais aussi des blogs internet et des réseaux sociaux peuvent produire des sols de solidarité et de communauté :

Réduites au silence au sein du monde médical, il revient aux femmes malades de trouver un autre espace – la littérature, par exemple – où elles peuvent entreprendre le travail féministe de nommer et d'exprimer les injustices commises par une médecine patriarcale. En livrant leurs expériences avec franchise, elles reprennent possession des discours sur leur corps, une reprise qui leur permet de contrer les discours médicaux qui leur ont été imposés et d'exercer un contrôle sur la manière dont le corps féminin malade est introduit au sein de la sphère publique. (Current, 2022, p. 633).

Depuis ces espaces-sols, certain.e.s des participant.e.s ont décidé de s'impliquer dans des collectifs plus ou moins informels (4/10). Ce passage au collectif leur permet de se soutenir, de sensibiliser la société, d'informer de potentielles victimes et, enfin, de revendiquer une situation toujours insuffisamment reconnue. Danièle Kergoat montre que ce passage de l'individuel au collectif est capable de « faire levier sur les rapports sociaux et donne la puissance d'agir » (Kergoat, 2012, p. 27). En effet, plusieurs personnes victimes-survivantes rapportent qu'elles ont un souci de l'autre. Certaines ont rejoint des groupes de défense, des groupes de soutien pour personnes victimes-survivantes de violence genrée. Elles recommandent aussi certains espaces et professionnel.le.s de la santé bienveillant.e.s. Des recherches ont mis en évidence le dynamisme de cet activisme altruiste chez les personnes victimes-survivantes de violence conjugale (Crann & Barata, 2016; Fernández- Sánchez & López-Zafra, 2019). Dans la même veine, certain.e.s participant.e.s ont développé tout un ensemble de compétences médicales et de pratiques *activistes*. Elles font par exemple partie d'ateliers informatifs, de groupes de discussion sur la santé sexuelle et reproductive ou s'intéressent aux médecines alternatives et à l'auto-soin. Il faudrait peut-être déployer encore une recherche sur le développement récent de tout un ensemble de pratiques d'autonomisation collective en matière de soin médical et psychologique (Samson, 2022; Quéré, 2023; Sandaunet, 2008) à la suite de VGO.

### 6.3.3. Une modification des pratiques médicales vers la reprise de pouvoir

J'ai constaté qu'une des tactiques pour ne plus revivre des VGO consiste pour les personnes victimes-survivantes à différentes modalités de résistance médicale. D'abord, elles ont tendance à arrêter le suivi avec le.a professionnel.le de la santé violent.e. Ensuite, elles tendent à modifier, à manipuler, à dissimuler ou à vérifier davantage les informations échangées avec les professionnel.le.s de la santé. Elles ont également tendance à poser plus de questions et à orienter leur choix de soignant.e selon différents critères incluant la

question du genre. Le phénomène de modification, de dissimulation et de vérification détaillée des informations avant de choisir un.e nouve.au.ile professionnel.le de la santé a été identifié par le rapport du HCE (2018) qui indique que les nouveaux choix de professionnel.le.s de la santé et les préférences en termes d'identité de genre varient selon chaque personne victime-survivante. L'arrêt de consultation gynécologique et obstétricale peut également se généraliser à tout rapport avec la médecine institutionnelle (HCE, 2018). Ces réactions à une violence institutionnelle gynécologique et obstétricale entraînent évidemment toute une fragilisation du fonctionnement médical souhaitable et au moins des errances médicales et des suivis dysfonctionnels (HCE, 2018).

Je pense à ces mécanismes de modification des pratiques médicales, avec Danièle Kergoat (2012), comme des leviers pour dépasser des rapports sociaux. Par le dialogue autour des événements violents passés en contexte gynécologique, ceci peut donner lieu à un nouveau rapport de confiance-méfiance entre patient.e.s et professionnel.le.s de la santé et orienter la pratique de ces derniers.

#### 6.4. Les implications pratiques

Les résultats de cette étude ont plusieurs implications au niveau pratique. Ils soulignent le fait qu'il existe peu de modèles caractérisant la séance gynécologique et obstétricale. La contribution de cette étude permet de visibiliser les violences qui peuvent émaner de cette absence de repères. Le développement d'outils et de pratiques de soutiens adaptés à la reconstruction des personnes victimes-survivantes est d'ailleurs souhaité par les participant.e.s de cette étude. C'est pourquoi il pourrait être important que les professionnel.le.s de la santé clarifient le déroulement de la consultation, par exemple en informant de manière substantielle, avant le rendez-vous, du déroulement d'une séance gynécologique ou obstétricale ainsi que d'un accouchement. Peut-être serait-il opportun que ces derniè.re.s ajoutent une section dans leur questionnaire pour adapter leurs pratiques en fonctions des traumatismes passés : « avez-vous déjà vécu une (ou des) expérience(s) vous faisant particulièrement redouter un examen gynécologique? Si oui, souhaitez-vous en parler ou souhaitez-vous que nous vous communiquions des ressources psychosociales? ». Ceci peut permettre, sans pour autant réduire l'intervention du.de la professionnel.le de la santé à une relation d'ordre psychologique, d'accroître l'attention envers les patient.e.s et d'entretenir un lien de confiance. Plus encore, cet égard peut ouvrir à la reconnaissance de violences passées (VGO ou autres) et donc à la reconstruction. Enfin, à partir de la théorie de la justice sociale de Nancy Fraser (2004), cette reconnaissance ne peut être effective sans le rétablissement de relations égalitaires entre médecins et patient.e.s et la redistribution des ressources disponibles (informations relatives à la séance et meilleure éducation sur la santé sexuelle et reproductive).

Pour ce qui concerne les pratiques d'intervention, notamment sexologiques, j'espère que cette recherche peut sensibiliser les intervenant.e.s et clinicien.ne.s en sexologie et en psychologie aux VGO. L'emphase sur les processus de reconnaissance et de reconstruction appelle à une écoute attentive de signaux qui pourraient indiquer que des violences aient été vécues (Bohren et al., 2015; Elmir et al., 2010, HCE, 2018). J'ai montré l'importance de l'écoute et de la reconnaissance de personnes extérieures dans l'amélioration de la qualité de vie des personnes victimes-survivantes. J'ai catégorisé les VGO et les réactions qui y sont liées pour permettre de mieux intervenir et réagir lorsqu'elles sont mentionnées. Il faudrait aussi maintenir et consolider la sensibilisation des usager.e.s de santé gynécologique et obstétricale vis-à-vis de ces formes de violences et des potentielles et principales réactions qu'elles entraînent. Cette sensibilisation peut permettre aux personnes victimes-survivantes ou potentielles personnes victimes-survivantes de ne pas (plus) se sentir comme des cas isolés et conséquemment de favoriser les processus de reconnaissance et de reconstruction.

Je pense aussi au développement de services de soutien et d'accompagnement spécifiques aux personnes victimes-survivantes de VGO. Ces services pourraient leur permettre de se rencontrer, de créer des liens, du soutien, et ainsi de sortir de la « communauté invisible » (Ullman, 2010a). J'ai en effet montré à quel point la création, le maintien et la consolidation de ces réseaux de solidarité sont essentiels dans les processus de reconnaissance et de reconstruction des personnes victimes-survivantes de VGO. En effet, sachant que les personnes victimes-survivantes de VGO sont socialement peu reconnues, il est essentiel de mettre en place des services adaptés, des lieux où se réunir. De plus, pour améliorer cette reconnaissance sociale, il faut sensibiliser la population en général par des campagnes médiatiques.

Enfin, considérant les similitudes entre VGO et violences faites aux femmes (violences sexuelles, violences conjugales, coercition reproductive), il serait intéressant de développer des outils qui combinent les savoirs accumulés dans ces domaines et les résultats des études sur les VGO. Je pense par exemple qu'il pourrait être intéressant de s'appuyer sur les pratiques d'intervention féministe au Québec (Corbeil et Marchand, 2010). Je pense aux discussions de groupe médiées par un.e intervenant.e qui pourraient permettre aux personnes victimes-survivantes d'échanger sur leurs expériences de violences, aussi multiples soient-elles.

#### 6.5. Les limites de cette étude

Dans cette recherche, j'ai souhaité rendre compte, grâce à des entrevues semi-dirigées, de l'expérience de personnes victimes-survivantes de VGO au Québec. Pour ce faire, je me suis concentrée sur trois sous-objectifs : (1) rapporter les formes de VGO subies par les personnes victimes-survivantes; (2) documenter les différentes réactions de ces dernières, ainsi que (3) décrire les tactiques adoptées par ces dernières au

moment de la consultation violente, à sa suite et à plus long terme. Pour ce faire, j'avais décidé de recruter des participant.e.s dont l'expérience violente a été subie il y a au moins six mois pour limiter les biais de mémoire. Ce critère de recrutement m'a permis de saisir l'expérience des personnes victimes-survivantes de violence à court, moyen et long terme. Toutefois, ce protocole a abouti à recueillir le témoignage de participant.e.s qui avaient vécu des expériences il y a parfois plus de vingt ans. Ce délai entre l'expérience et la délivrance du témoignage a pu, au-delà de toutes les transformations amenées par une réécriture mémorielle (Challet, 2015) et affecter les capacités mémorielles des participant.e.s. D'autant plus que la violence des faits mémorisés a pu particulièrement affecter leur intégration et leur verbalisation comme en attestaient certain.e.s participant.e.s évoquant des pertes ou des incapacités de mémoire.

La démarche qualitative exploratoire que j'ai utilisée pour mener cette recherche peut conduire à limiter la transférabilité des données. En effet, j'ai écouté le témoignage de dix participant.e.s. Ce faible échantillon ne m'a pas permis d'avoir une vue d'ensemble sur l'expérience des personnes victimes-survivantes de VGO au Québec (Bourgeois, 2021). Ce petit groupe ne peut pas non plus représenter la diversité des expériences des personnes qui subissent des VGO. Par exemple, je n'ai pu interroger qu'une personne non binaire et racisée. Cette entrevue ne m'a pas permis d'observer une particularité à l'expérience de la non-binarité pour analyser les expériences de VGO. Cependant, cette question demande une recherche spécifique qui adresse les VGO depuis l'expérience de personnes non-binaires. L'échantillon de cette étude était donc relativement homogène sur les aspects du genre et de la racialisation malgré des différences d'âge et de lieux d'habitation au Québec. De plus, la méthode d'échantillonnage volontaire et par effet boule de neige a fait en sorte que les participant.e.s avaient des réseaux communs et étaient motivé.e.s par l'envie de parler du sujet abordé. Les personnes ont pu en effet avoir tendance à modifier leurs récits pour correspondre aux objectifs imaginés par le chercheur.se.s. J'ai dû analyser ces résultats en ayant conscience de la possibilité d'un biais de désirabilité sociale lié au recrutement volontaire (Smeding et al., 2018).

Ensuite, les ressources temporelles limitées dont je disposais ont contraint la possibilité de mener plusieurs entretiens avec chacun.e des participant.e.s. Ainsi, je n'ai pas pu creuser suffisamment certaines notions telles que les questions symboliques de représentations. Les VGO relèvent également du domaine de l'intime et du sensible. De ce fait, les participant.e.s ont peut-être pu se censurer durant les entretiens (Savoie-Zajc, 2016). Toutefois, l'entrevue individuelle m'a permis de suivre le rythme des participant.e.s et de créer un certain lien de confiance.

En considérant ces limites, j'ai fait en sorte de nuancer le plus possible la rédaction des résultats. La réflexion autour des limites de cette étude m'a donné la possibilité de considérer de nombreux points forts. En effet,

cette étude a permis de considérer un sujet peu abordé par les écrits scientifiques. Elle a pu souligner l'agentivité des personnes victimes-survivantes de VGO et leur capacité de résistance et d'invention. L'écoute active engagée a permis à certaines personnes victimes-survivantes de se sentir entendues. Les codes parents et réflexions menées autour de ces analyses ont pu être abordés avec mes collègues de laboratoire, ce qui permet une meilleure fiabilité des résultats (Tracy, 2010).

#### 6.6. Perspectives pour les recherches futures

En considérant les résultats et les limites de cette recherche, je souhaite dessiner des perspectives pour les recherches futures. En considérant le peu de modèles et de repères propres aux VGO, il pourrait être intéressant de considérer les représentations, les récits et les repères capables d'exprimer ces formes de violence. Il pourrait être intéressant, en prenant en considération des études menées sur les violences sexuelles (Cromer et Goldsmith, 2010; Pinciotti & Sligowski, 2021), de déterminer les critères, les caractères qui permettent de qualifier *la violence* d'une scène (réactions adoptées, classe sociale, origine ethnique, genre, victimisation durant l'enfance, etc.) et qui permettraient aux personnes victimes-survivantes de mieux reconnaître les violences vécues. Une recherche-intervention pour développer des outils plus précis pour accompagner les personnes victimes-survivantes de VGO dans le développement de tactiques, mais aussi pour aller vers la reconstruction me semblerait adaptée. Enfin, il pourrait être intéressant également de s'intéresser à toutes les inventions, les expertises développées par les personnes victimes-survivantes face à ces agressions, ce qui permettrait de développer les moyens et les connaissances du monde médical et d'assurer une relation de soin plus juste et plus souhaitable.

## CONCLUSION

Cette recherche souhaitait explorer l'expérience de personnes ayant subi des expériences de VGO au Québec. Les trois sous-objectifs poursuivis, à savoir : (1) rapporter les formes de VGO subies par les personnes victimes-survivantes; (2) documenter les différentes réactions de ces dernières, ainsi que (3) décrire les tactiques adoptées par ces dernières au moment de la consultation violente, à sa suite et à plus long terme.

L'analyse, s'appuyant sur dix entretiens qualitatifs semi-dirigés, a montré que les personnes victimes-survivantes de VGO étaient douées de potentiel d'agir face aux violences. Les résultats démontrent que les personnes victimes-survivantes de VGO peuvent s'immobiliser; prendre la parole, s'exclamer, crier, rire nerveusement; et plus rarement, quitter la séance au moment de la violence. Les participant.e.s à l'étude rapportent aussi mener un travail réflexif mêlant le doute et la reconnaissance de la violence subie. Cette complexification de la reconnaissance est liée à un manque de repères dans la séance gynécologique et obstétricale, à un rapport de pouvoir asymétrique entre patient.e et professionnel.le de la santé et à une dépendance aux soins. Les personnes victimes-survivantes mentionnent toutefois adopter plusieurs tactiques pour survivre aux violences, les reconnaître, éviter d'en revivre, protéger les autres et se reconstruire. Le recours au soutien social et au collectif permet le plus souvent aux personnes victimes-survivantes de reconnaître les violences dont elles ont été l'objet et d'entamer un processus de reconstruction. Cependant, face à un manque de soutien social et institutionnel, ces derni.èr.e.s doivent trop souvent s'en remettre à des habilités et ressources individuelles.

En m'appuyant sur les approches théoriques mobilisées, je soutiens que les VGO se construisent au travers de rapports sociaux relatifs aux questions médicales et genrées. Ces dimensions sociales entretiennent un doute chez les personnes victimes-survivantes qui ont du mal à reconnaître la violence subie. Ce doute participe d'un processus réflexif relatif aux violences. Il s'agit d'un travail globalement individuel qui entre en dialogue avec une structure sociale et qui pousse les personnes victimes-survivantes au silence et à l'isolement. Il peut toutefois finir par engendrer une remise en cause globale du monde médical et une dynamique collective capables de renverser l'oppression en place.

Ces résultats montrent qu'il est nécessaire de maintenir et de consolider les connaissances relatives au phénomène des VGO. Cette réalité sociale de genre, encore trop invisibilisée, mériterait une plus grande reconnaissance institutionnelle pour que les personnes victimes-survivantes puissent reconnaître la violence et se reconstruire. Les VGO sont d'abord des violences explicitement genrées. Le problème des VGO ne se résoudra peut-être pas sans questionner les fondements mêmes des structures de pouvoirs hétéropatriarcales.

Enfin, et pour échapper à ces dynamiques de pouvoir, je souhaite m'intéresser à d'autres pratiques gynécologiques et obstétricales possibles, justement portées par les organismes de lutte contre les VGO. Ceux-ci se fondent sur l'entraide, la solidarité et la mise en commun. Ces paradigmes devraient pouvoir nous guider dans l'établissement de futures campagnes de sensibilisation, d'accompagnement, d'outillage et plus largement de pratiques respectueuses.

**ANNEXE A**  
**ARBRE DE CODES**

| Code parent 1 – Volonté de participation   |  |
|--|--|
| 1.0. Visibiliser un sujet commun et tabou  | <i>En fait, je me suis rendu compte que toutes les personnes autour de moi avaient déjà vécu des violences gynécologiques, et, comme souvent c'est tabou, c'est des choses dont les gens ne parlent pas trop. Lou, 24 ans</i>  |
| 1.1. Créer un changement, aider les personnes victimes-survivantes                     | <i>Je me dis que si ça peut aider d'autres personnes, bah je le fais! Andréa, 49 ans</i>   |
| 1.2. Avancer dans sa reconstruction  | <i>Je m'aperçois aussi que c'est comme un bilan que je fais là... J'en ressors en me disant « t'sais ça se tient Johanne tout ça là ». Johanne, 50 ans</i>   |
| 1.3. Participer à des données scientifiques  | <i>C'était plus pour participer à l'étude puis contribuer peut-être aux données scientifiques. Marie, 44 ans</i>   |
| 1.4. Faire passer un message   | <i>Après que la médecin m'ait poussé à avorter tout le long de ma grossesse, mon garçon est rendu à 17 ans aujourd'hui! En bonne santé! Alors c'est ça, moi je pense qu'il faut que ça soit écrit quelque part pour les médecins : pour qu'ils comprennent que lorsqu'il y a une fissure au niveau de la poche amniotique, on ne doit pas systématiquement avorter le bébé. Jeanne, 53 ans</i> |
| Code parent 2 – Représentations des professionnel.le.s de la santé avant les violences |  |
| 2.0. Pas de représentation   | <i>Je pense que je n'avais pas vraiment de conception préfaite. Je pense que pour moi la gynéco c'était... Je n'en avais pas vraiment entendu parler... Surtout parce que c'est des trucs très tabous. Lou, 24 ans</i>   |
| 2.1. « Ils savent ce qu'ils font »   | <i>J'avais une vision d'enfant là t'sais « les adultes ont toujours raison », ça allait un peu dans ces cordes-là de dire « bah les médecins ils ont raisons, les médecins ils connaissent des choses ». Maude, 30 ans</i>   |
| 2.3. « Une éthique médicale »  | <i>Du haut de mes 15 ans, je m'imaginai un milieu très professionnel et très préoccupé par la santé, mais surtout par la résolution de problème. Marie, 44 ans</i>   |



| Code parent 3 – Expérience de VGO     |   |                                  |  |
|---------------------------------------|---|----------------------------------|--|
| 3.0. Contextualisation de la violence | 3.0.0. Différences de positionnement      |                                  | <i>Je pense que c'est un mélange de « Okay, je suis face à une personne en position d'autorité qui est vraiment plus vieille que moi. Et puis c'est un homme ». Je n'ai pas l'impression qu'il y ait un pied d'égalité ou quoi. Lou, 24 ans</i>  |
|                                       | 3.0.1. Première séance gynécologique      |                                  | <i>Et puis moi c'est la première fois que je fais un examen gynécologique, je ne sais pas trop comment ça se passe. Lou, 24 ans</i>  |
|                                       | 3.0.2. Difficulté d'accès aux services    |                                  | <i>Ça ne passe vraiment pas bien avec elle mais bon... On ne peut pas choisir les gynécologues comme qu'on veut donc... j'prends ma pilule et j'fais avec. Andréa, 49 ans</i>  |
|                                       | 3.0.3. Normalisation des corps            |                                  | <i>Elle m'imposait l'ablation partielle des seins parce qu'elle-même ne se voyait pas sans sein. C'est que ça venait la heurter dans ses valeurs à elle. Parce qu'elle revenait souvent à la charge et me parlait de ma féminité, de mon estime de moi-même, de l'avis potentiel de mon mari. Andréa, 49 ans</i> |
|                                       | 3.0.4. Perte d'agentivité en consultation |                                  | <i>Puis t'es tellement vulnérable là, t'es couchée là, les jambes écartées avec un spéculum et puis là, la personne elle dit ça et t'es comme tellement exposée, tellement offerte. Et je ne peux rien dire, je ne peux pas répondre dans cet état-là. Lou, 24 ans</i>   |
|                                       | 3.0.5. Discrimination                     |                                  | <i>Je comprends ce que j'ai vécu à cause de la lesbophobie aussi. C'est évident aujourd'hui parce que de me faire demander plusieurs fois « une blonde, ah? c'est quoi ce mot-là? ». Non, c'est manipulateur... C'est abusif comme comportement. Mélanie, 46 ans</i>   |
| 3.1. Description de l'expérience      | 3.1.0. Description de l'agresseur         |                                  | <i>Je suis arrivée là, c'était un monsieur d'un certain âge-là et... Il n'était pas jeune jeune. Il était au bord de la retraite. Anne, 49 ans</i>   |
|                                       | 3.1.1. Formes de violence                 | 3.1.1.0. Coercition reproductive | <i>Elle me poussait à avorter en me disant « oh bah là, ton bébé, il n'aura pas de cerveau » [...] Après ça, à un moment donné elle me disait que les poumons ne se développeraient pas. Jeanne, 53 ans</i>  |
|                                       |   | 3.1.1.1. Violence physique       | <i>J'ai été amenée voir le médecin pour une infection vaginale, je ne voulais pas être examinée, j'avais 11 ans, je pleurais, je ne voulais rien savoir. On m'écartait les jambes de force pour faire les prélèvements. Julie, 57 ans</i>  |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  |  | 3.1.1.2. Violence psychologique/verbale                        | <i>Il m'avait dit « votre problème ma jeune demoiselle, ce n'est pas vos hormones, c'est que vous êtes trop grosse ». Marie, 44 ans</i>   |
|  |  | 3.1.1.3. Violence-harcèlement sexuel                           | <i>Il me dit « attention, je vais mettre deux doigts dans ton anus, je vais vérifier tes ovaires ». J'avais... Le pantalon à terre... Et les jambes écartées... J'avais les cuisses qui tremblaient... Il a commencé à me masser pour me détendre et il disait « ça va te détendre ». Et... C'est ça. Il m'a mis les deux doigts dans l'anus pour vérifier mes ovaires... Comme si on passait par les narines pour vérifier le foie là. Mélanie, 46 ans</i> |
|  |  | 3.1.1.4. Négligence  | <i>J'avais vécu de l'inceste et je consultais pour des dyspareunies. J'en parlais pour la première fois en me disant que ça pouvait peut-être être lié. Il a fait un signe du revers de la main et il a dit « moi je ne m'occupe pas d'ça, ça ne me regarde pas... ». Julie, 57 ans</i>   |
|  | 3.1.2. Réactions au moment des violences | 3.1.2.0. Intuition, doute                                      | <i>Je ne savais pas, comme ça sur le coup, que c'était vraiment déplacé... Même si j'avais comme une intuition. Lou, 24 ans</i>   |
|  |  | 3.1.2.1. Réactions : Figé, fuir, combattre                     | <i>J'ai juste un souvenir de moi qui fait comme « [retient son souffle] oh mon dieu ». Maude, 30 ans</i>  |
|  |  | 3.1.2.2. Reviviscence d'anciens traumatismes                   | <i>T'sais comme tantôt je te disais que j'avais été victime d'inceste. [...] Bah à ce moment-là bien précis, j'me suis sentie violée une deuxième fois. On venait de faire quelque chose sur mon corps sans mon consentement au moment où j'étais inconsciente. Andréa, 49 ans</i>  |
|  |  | 3.1.2.3. Minimisation des expériences                          | <i>Puis moi, pour moi je considère que c'est des petites violences que j'ai vécues. Puis c'est arrivé comme deux fois, fait que ce n'est pas arrivé souvent. Lou, 24 ans</i>  |
|  |  | 3.1.2.4. Responsabilisation des personnes victimes-survivantes | <i>Je ne comprenais pas là. Je me disais « mais voyons, qu'est-ce que c'est que j'ai pu faire? ». Mais en même temps tu te sens mal, tu te demandes s'il y a quelque chose de pas correct avec toi-même. Leïla, 33 ans</i>  |
|  |  | 3.1.2.5. Le choc, loin des attentes                            | <i>Mais c'était ça, je ne m'attendais pas là à du dénigrement ou à un ton bête ou sec là... Je n'avais jamais vu ça donc je ne m'y attendais pas ». Marie, 44 ans</i>   |

|   |   |                                     |   |
|---|---|-------------------------------------|---|
|   | 3.1.3. Protection du.de la professionnel.le de la santé |                                     | <i>Moi dans ma tête je me battais, parce que là ce n'est pas moi que les gens autour de moi écoutaient, c'étaient les médecins. Ma mère venait aux rencontres avec moi, elle entendait ce qui se disait, ma tante aussi. Alors... Tout le monde me disait « Oh Jeanne, tu ne devrais pas garder ton bébé parce qu'en bout de ligne, il va peut-être mourir, puis là, il va falloir que tu l'accouches mort-né ». Donc ça faisait que je n'avais pas de soutien. <b>Jeanne, 53 ans</b></i> |
| <b>Code parent 4 – Conséquences perçues</b>   |   |                                     |   |
| 4.0. Pas de conséquences identifiées          |   |                                     | <i>Je n'ai jamais analysé. Pour vous dire bien franchement... je ne peux pas dire... Moi comme je vous ai dit tantôt « c'est fait, on passe à autre chose ». Est-ce que ça a des répercussions? Je ne sais pas... Est-ce que j'aurais un autre enfant? Dans ce sens-là? Ou si ça me fait pleurer le soir? Je ne sais pas, je ne peux pas vous dire. <b>Jeanne, 53 ans</b></i>   |
| 4.1. Conséquences physiques                   | 4.1.0. Esthétique non-choisie                           |                                     | <i>Vu qu'elle m'a fait l'opération partielle des seins sans mon consentement, je n'ai pas un torse plat. Elle m'a laissé vraiment toute la peau pour qu'on puisse rouvrir et mettre une prothèse [...]. Sauf que, dans tous les cas, ma santé ne le permet pas. C'est sûr que quand je me vois dans le miroir bah... c'est moche là, je ne peux pas dire que c'est un beau torse. <b>Andréa, 49 ans</b></i>   |
|   | 4.1.1. Intensification ou formation d'une maladie       |                                     | <i>On ne m'a pas écouté pendant 35 ans. Fait que je me suis ramassée avec un stade 4 endométriose et tous les symptômes dégueulasses qui viennent avec. <b>Anne, 49 ans</b></i>   |
| 4.2. Conséquences médicales et gynécologiques | 4.2.0. Modification des représentations                 | 4.2.0.0. La médecine, une industrie | <i>En plus tu sais, tu vas aux urgences, tout le monde est en train de souffrir, puis d'attendre pendant des heures et des heures. Puis la seule chose que tu peux manger, c'est des sacs de chips à 4 pièces genre. Dans les machines distributrices... Genre ça ne fait tellement pas de sens. <b>Lou, 24 ans</b></i>   |
|   |   | 4.2.0.1. Une perte de confiance     | <i>Disons que ta confiance en la médecine, elle est assez restreinte dans mon cas. <b>Anne, 49 ans</b></i>  |
|   |   | 4.2.0.2. Une vision plus nuancée    | <i>J'ai des doubles lunettes maintenant. Derrière ça, il se cache des personnes avec leurs forces mais aussi, il peut il y avoir des dysfonctions. Puis c'est ça, la confiance est moins aveugle. <b>Johanne, 50 ans</b></i>  |

|                   |   |  |   |
|-------------------|---|--|---|
|                   |   | 4.2.0.3. Le genre des professionnel.le.s de la santé             | <i>J'ai l'impression justement que les hommes prennent beaucoup de place dans le milieu gynécologique. Lou, 24 ans</i>  |
|                   |   | 4.2.0.4. Une perte d'espoir                                      | <i>J'ai comme perdu espoir qu'il y ait quelque chose à faire. Julie, 57 ans</i>   |
|                   | 4.2.1. Modification des pratiques       | 4.2.1.0. Arrêter le suivi avec le.a professionnel.le de la santé | <i>J'ai demandé à la secrétaire de mettre à mon dossier que je ne veux plus jamais le revoir. Marie, 44 ans</i>   |
|                   |   | 4.2.1.1. Refuser certains suivis                                 | <i>Médecin homme qui pratique la gynécologie... Encore aujourd'hui faudrait que je sois vraiment mal prise pour que j'accepte là. Leïla, 33 ans</i>   |
|                   |   | 4.2.1.2. Refuser le plan thérapeutique                           | <i>Je suis partie du bureau avec la prescription dans l'idée de « fuck off, je ne la prendrais pas la médication », je ne la voulais pas et je lui avais nommé très clairement que je ne la voulais pas et pour quelles raisons je ne la voulais pas mais elle était vraiment entêtée. Andréa, 49 ans</i> |
|                   |   | 4.2.1.3. Fuir les examens gynécologiques                         | <i>Avec ces expériences là, ça ne me donne pas envie de retourner faire des examens. Lou, 24 ans</i>  |
|                   |   | 4.2.1.4. Modifier, cacher des informations                       | <i>Les deux trois dernières fois que j'y suis allée, je me suis plains un peu plus que je me plaignais d'habitude pour qu'on m'écoute et qu'on me donne des calmants. Julie, 57 ans</i>   |
|                   | 4.2.2. Peur des violences obstétricales |  | <i>T'sais quand j'avais mes suivis de grossesse, je n'aimais pas ça, et j'avais peur de l'accouchement parce que je me disais « crime t'es vulnérable, t'es en douleur, tu ne sais pas c'est qui le gros pervers qui va être là? ». Leïla, 33 ans</i>   |
| 4.3. Conséquences | 4.3.0. Repli sur soi                    |  | <i>Là, y'a eu l'isolement. Je ne voulais pas en parler à ma famille... J'avais un copain à ce moment-là, rien de sérieux, mais t'sais, je ne voulais pas lui en parler non plus. Johanne, 50 ans</i>  |

|  |   |  |
|--|---|--|
| familiales et sociales                 | 4.3.1. Surprotection des enfants              | <i>Ben c'est sûr que je l'ai protégé un peu plus que mon autre garçon, mais on était tout le temps dans les hôpitaux au début. <b>Jeanne, 53 ans</b></i>   |
|  | 4.3.2. Parentification d'un enfant            | <i>Mes enfants qui étaient des adolescents quand c'est arrivé. Depuis, j'en ai une qui est plus anxieuse... Elle est devenue ce que je n'ai jamais voulu qu'elle soit, elle s'est quasiment parentifiée puis elle était inquiète pour moi. <b>Johanne, 50 ans</b></i>  |
| 4.4. Conséquences intimes et sexuelles | 4.4.0. L'incapacité d'être en relation        | <i>Aujourd'hui, c'est qui qui paye les conséquences de leurs niageries? Bah c'est moi, parce que je n'ai plus de sexualité avec ça. Je ne peux pas avoir une relation de couple là! Je suis incapable d'aller dans cette direction... Y'a-tu quelqu'un qui a le goût d'une relation de couple, pas d'intimité? <b>Anne, 49 ans</b></i> |
|  | 4.4.1. Des rapports sexuels affectés          | <i>Cet examen a été vraiment traumatique. J'ai vraiment eu de la misère à recommencer à avoir des relations sexuelles avec mon conjoint. <b>Maude, 30 ans</b></i>  |
| 4.5. Conséquences psychologiques       | 4.5.0. Altérations mnésiques                  | <i>J'ai l'impression que depuis cette expérience-là, je n'ai plus la même capacité à garder des informations. J'oublie plus. <b>Jeanne, 53 ans</b></i>   |
|  | 4.5.1. Sentiment de peur pour les suivant.e.s | <i>C'est sûr que ma relation avec le milieu médical a beaucoup changé. Je suis très protectrice envers mes filles même si elles sont des adultes. <b>Johanne, 50 ans</b></i>   |
|  | 4.5.2. Baisse d'estime de soi                 | <i>Ça a joué beaucoup sur la confiance puis l'estime que j'avais de moi-même. Parce qu'être toujours être banalisée, ridiculisée, toujours se faire dire que c'est dans notre tête alors que christie, le diagnostic le prouve que je ne suis pas folle. <b>Anne, 49 ans</b></i>   |
|  | 4.5.3. Crise suicidaire                       | <i>J'ai fait une tentative de... Bah j'ai eu des idées suicidaires. Je suis partie rapidement à l'hôpital parce que je me pendais là. <b>Johanne, 50 ans</b></i>   |
|  | 4.5.4. Flashbacks                             | <i>C'est le plus gros flashback que j'ai là... Sa peau qui est crevassée t'sais pis qui est... qui est sur mon sein. <b>Johanne, 50 ans</b></i>  |
|  | 4.6.0. Discrimination à l'emploi              | <i>J'ai fait une plainte contre [nom du docteur] à l'hôpital et au collège des médecins donc l'hôpital ne veut pas m'engager comme patiente partenaire. <b>Andréa, 49 ans</b></i>  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 4.6.<br>Conséquences<br>professionnelles                           | 4.6.1. Difficulté à réaliser des tâches                     | <i>Ma pratique a été affectée. Parce qu'actuellement, on a des politiques sur les violences à caractère sexuel et je ne suis pas capable de travailler dessus. Parce que tout dépendant de comment je vais là, mais t'sais si je suis plus vulnérable, je vais me mettre à flasher sur mes propres affaires, ça enlève premièrement de la distance dont j'ai besoin pour intervenir, mais ça m'empêche juste de travailler normalement. <b>Johanne, 50 ans</b></i>  |
| 4.7.<br>Conséquences<br>sur l'autonomie                            | 4.7.0. Sentiment d'infériorité en séance                    | <i>Même là je me sentais petite fille [...] Je me sentais toute petite. <b>Mélanie, 46 ans</b></i>  |
|  | 4.7.1. Sentiment de perte de contrôle sur son corps         | <i>Je me sens comme zéro considérée. C'est mon corps mais [Rire] je n'ai aucun contrôle dessus! <b>Anne, 49 ans</b></i>   |
|  | 4.7.2. Sentiment de perte de contrôle sur son environnement | <i>Crime, t'es dans une situation où t'as comme pas d'issues. Si t'as pas obtenu réparation, faut que tu vives avec. Et tu ne peux pas boycotter un examen. Parce que veux-veux pas, tôt ou tard, ça revient. Donc t'sais, tu te sens impuissant. <b>Leila, 33 ans</b></i>  |
| <b>Code parent 5 – Tactiques adoptées pour gérer les violences</b> |   |   |
| 5.0. À court terme, leur survivre                                  |   | <i>Fait que moi, à chaque fois que j'y allais, j'avais l'impression que je partais à la bataille. Mais j'ai un bon caractère, j'ai tenu! <b>Jeanne, 53 ans</b></i>  |
| 5.1. À moyen terme, ne plus en revivre                             |   | <i>Donc, elle a signé l'autorisation pour la chirurgie, j'me suis assurée que dessus c'était marqué mastectomie bilatérale sans reconstruction. C'était bon, j'ai signé le consentement. Le matin de l'opération j'ai revérifié parce que c'est arrivé à une personne que je connais qui le matin de l'opération, c'était marqué reconstruction. <b>Andréa, 49 ans</b></i>  |
| 5.2. À long terme, protéger les suivant.e.s                        |   | <i>J'ai porté plainte et la réponse me satisfait. Parce que mon but, ce n'était pas qu'elle soit suspendue ou quoi que ce soit. Mon but c'était « faut pas que ça se reproduise ». Si elle a fait ça à moi, elle est capable de le refaire à quelqu'un d'autre. Et pourtant, je suis quelqu'un qui sait ce qu'il veut. Puis j'avais des arguments, j'arrivais avec un dossier étoffé. Je suis capable de tenir mon bout. Fait que là je me disais « bah avec une patiente qui ne connaît pas le système médical, qui n'est pas capable de s'affirmer, qu'est-ce qu'elle doit faire dans son bureau t'sais? Combien de filles qui ont dû avoir des reconstructions alors que ce n'était pas ce qu'elles voulaient? <b>Andréa, 49 ans</b></i> |

|  |   |
|--|---|
| 5.3. Comment se reconstruire                                   | <i>J'étais déconnectée de mon orientation sexuelle, de ma sexualité, je n'étais pas réactive quand je médecin m'a fait... t'sais a mis ses doigts où est-ce qu'il n'a pas d'affaires pour checker des ovaires. Puis de ne pas réagir par rapport à ça, ça me fait me dire que j'en n'avais pas beaucoup du respect pour moi. Maintenant j'en ai beaucoup plus. Y'a peut-être je ne sais pas... des fleurs qui poussent dans la merde... y'a des aspects peut-être un peu plus positifs.</i><br><b>Mélanie, 46 ans</b> |
| <b>Code parent 6 – Une séance idéale</b>                       |   |
| 6.0. Former les professionnel.le.s de la santé                 | <i>En même temps je ne veux pas juger les gens et je veux pas dire que tous les hommes ne doivent pas être gynécologues mais il faudrait qu'ils soient vraiment plus formés.</i> <b>Lou, 24 ans</b>   |
| 6.1. Faire participer les patient.e.s                          | <i>Oui, t'as les compétences, t'es le médecin. T'as étudié là-dedans! Ce n'est clairement pas mon domaine. Dis-moi quoi faire comme traitement [Rire]. Mais, est-ce qu'on peut m'impliquer? Ça reste que c'est mon corps!</i> <b>Andréa, 49 ans</b>   |
| 6.2. Favoriser le cadre du cabinet                             | <i>Une petite pièce, des rideaux autour... C'est très rare qu'il y ait des rideaux autour de la table d'examen. C'est très vaste, c'est très lumineux, c'est très médical. Y'a rien d'intime là-dedans. Ça serait lumière tamisée, une lampe frontale pour voir ce qu'ils font.</i> <b>Mélanie, 46 ans</b>  |
| 6.3. Prendre en considération les premiers examens             | <i>T'sais quand je pense quand c'est la première fois que tu t'as fait mettre un stérilet, peut-être pas une bonne idée que ça soit un stagiaire.</i> <b>Lou, 24 ans</b>  |
| 6.4. Prendre en considérations les traumatismes                | <i>T'sais mettons dans un nouveau suivi ou même dans un suivi régulier, je pense que ça peut être vraiment utile de poser la question « comment tu te sens quand on parle d'examen gynécologique? ». </i> <b>Maude, 30 ans</b>  |
| 6.5. Revoir les outils-procédures gynécologiques/obstétricales | <i>Il y a beaucoup de choses qui devraient changer, entre autres c'est la position là... Oui c'est pratique pour le médecin mais ce n'est pas pratique pour la patiente là... Tu ne vois pas ce qu'il fait! Tu ne sais pas là, si... Il est entre tes pattes là et tu ne sais même pas. Il est-tu en train de sourire? Il est-tu sérieux? Il a-tu un pantalon même? C'est vraiment... Ça n'a pas de sens-là... C'est intimidant énormément.</i> <b>Leïla, 33 ans</b>  |
| 6.6. Expliquer les gestes                                      | <i>Ben c'est d'abord de donner des explications. De dire qu'est-ce qu'ils vont faire, pourquoi ils le font, puis de dire « si vous n'êtes pas à l'aise, qu'est-ce qu'on peut faire pour vous rendre à l'aise? ». </i> <b>Julie, 57 ans</b>  |

|  |  |
|--|--|
| 6.7. Avoir des références sécuritaires | <i>Pour le stérilet mettons elles m'ont donné des références à l'hôpital, des infirmières qui travaillaient dans des cliniques qu'elles elles connaissaient et qui étaient aussi formées. Lou, 24 ans</i>  |
| 6.8. Valoriser l'écoute et les besoins | <i>Un gynécologue il doit discuter avec la patiente et s'il voit que la patiente a des douleurs ou quoi que ce soit, il devrait être attentionné. Moi c'est ce à quoi je m'attends, j'attends que mon médecin soit attentionné à mes besoins. Jeanne, 53 ans</i> |



**APPENDICE A**  
**AFFICHE D'APPEL À PARTICIPATION (FACEBOOK)**

## **APPEL À PARTICIPATION** **RECHERCHE SUR LES** **VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES**

Vous avez vécu une expérience **désagréable, maltraitante** voire **violente** lors d'un suivi gynécologique **au Québec** ? Vous avez envie de **partager** votre expérience dans le contexte d'une recherche scientifique ?  
Votre témoignage nous intéresse

Qu'est-ce que c'est la violence gynécologique ? « Des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un·e ou plusieurs membres du personnel soignant sur un·e patient·e au cours de son suivi gynécologique » [HCE, 2018, p. 32] pouvant être caractérisé par :

- Un **non-respect** des choix du·de la patient·e
- De **la violence psychologique** [rétention d'informations, stigmatisation, infantilisation, etc.]
- De **la violence physique** [actes causant intentionnellement de la douleur, etc.]
- De **la violence verbale** [injures, propos ironiques ou porteurs de jugements, etc.]
- Et/ou de **la violence sexuelle** [harcèlement, agression sexuelle, viol, etc.]

Pour participer il est nécessaire :

- De parler **français**
- D'avoir **18 ans ou plus au moment de l'entrevue**
- D'avoir eu recours à **des services en santé gynécologique au Québec** [diagnostic et traitement des maladies de l'appareil génital et du sein, examen au spéculum, frottis, prise en charge de la stérilité, de la ménopause, de la contraception, avortement etc.]
- Et de rapporter **y avoir vécu une ou des expérience(s) de violence**
- Avoir vécu cette expérience il y a **6 mois ou plus**

QUEL QUE SOIT VOTRE GENRE ; QUEL QUE SOIT LE LIEU [cabinet de consultation privé, CLSC, urgences etc.] ; QUEL QUE SOIT LE·A PRATICIEN·NE [gynécologue, infirmier·e·s; etc.]

Votre participation impliquerait un entretien oral [en présence ou par zoom] d'une durée approximative d'une heure

Cette recherche vous interpelle ? Vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :  
Zélie Chancogne, [chancogne.zelie@courrier.uqam.ca](mailto:chancogne.zelie@courrier.uqam.ca) ; département de sexologie

## AFFICHE D'APPEL À PARTICIPATION (INSTAGRAM)

LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES

# APPEL À PARTICIPATION

## RECHERCHE SUR LES VIOLENCES GYNÉCOLOGIQUES

VOUS AVEZ VÉCU UNE EXPÉRIENCE DÉSAGRÉABLE, MALTRAITANTE VOIRE VIOLENTE LORS D'UN SUIVI GYNÉCOLOGIQUE AU QUÉBEC ?

VOUS AVEZ ENVIE DE PARTAGER VOTRE EXPÉRIENCE DANS LE CONTEXTE D'UNE RECHERCHE SCIENTIFIQUE ?

VOTRE TÉMOIGNAGE NOUS INTÉRESSE

UQAM | Université du Québec à Montréal

Qu'est-ce que c'est la violence gynécologique ?

« Des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un-e ou plusieurs membres du personnel soignant sur un-e patient-e au cours de son suivi gynécologiques » (HCE, 2018, p. 32)

Et pouvant être caractérisé par :

- Un **non-respect des choix** du-de la patient-e -
- De la **violence psychologique** (rétention d'informations, stigmatisation, infantilisation, etc.) -
- De la **violence physique** (actes causant intentionnellement de la douleur, etc.) -
- De la **violence verbale** (injures, propos ironiques ou porteurs de jugements, etc.) -
- Et/ou de la **violence sexuelle** (harcèlement, agression sexuelle, viol, etc.) -

Pour participer il est nécessaire :

- De parler **français** -
- D'avoir **18 ans ou plus au moment de l'entrevue** -
- D'avoir eu recours à **des services en santé gynécologique au Québec** (diagnostic et traitement des maladies de l'appareil génital et du sein, examen au spéculum, frottis, prise en charge de la stérilité, de la ménopause, de la contraception, avortement etc.) -
- Et de rapporter y avoir vécu **une ou des expérience(s) de violence** -
- Avoir vécu cette expérience **il y a 6 mois ou plus** -

**\*QUEL QUE SOIT VOTRE GENRE ;**

**\*QUEL QUE SOIT LE LIEU DE LA PERPÉTRATION DES VIOLENCES (CABINET DE CONSULTATION PRIVÉ, CLSC, URGENCES ETC.) ;**

**\*QUEL QUE SOIT LE-A PRATICIEN·NE LES AYANT COMMISES (GYNÉCOLOGUE, INFIRMIER·E·S; ETC.)**

Votre participation impliquerait un entretien oral (en présence ou par zoom) **d'une durée approximative d'une heure**

Cette recherche vous interpelle ? Vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :  
Zélie Chancogne,  
[chancogne.zelie@courrier.uqam.ca](mailto:chancogne.zelie@courrier.uqam.ca) ;  
département de sexologie

## APPENDICE B

### GUIDE D'ENTRETIEN

#### *Canevas d'entrevue pour guider l'entretien semi-dirigé*

**Titre de l'étude :** Expériences de violences gynécologiques au Québec : une exploration qualitative des conséquences perçues et des stratégies d'adaptation

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 minutes)
- Entrevue (40 minutes)
- Conclusion de l'entretien (10 minutes)

#### **Accueil, présentation de la recherche et confirmation du consentement (10 minutes)**

1. Accueillir la personne et se présenter : *Bonjour et merci d'avoir accepté de participer à la recherche. Je m'appelle Zélie, je suis en maîtrise de sexologie et je m'intéresse particulièrement aux violences gynécologiques. C'est avec moi que vous passerez l'entrevue aujourd'hui.*
2. Prendre le temps de créer un climat de confiance : *Comment vous sentez-vous aujourd'hui ? Préférez-vous le tutoiement ou le vouvoiement ? Quels pronoms préférez-vous que j'emploie pour vous parler ?*
3. Expliquer le rôle de chacun·e durant l'entretien :
  - Intervieweur·euse : *Mon rôle est de faire en sorte que vous vous sentiez à l'aise durant l'entrevue. Je suis aussi là pour adopter une écoute active, mais également encadrer l'entrevue en posant des questions qui m'aideront à mieux comprendre votre réalité. Il n'y aura pas de bonne ou de mauvaises réponses, l'idée c'est vraiment de comprendre votre expérience.*
  - Interviewé·e : *Votre rôle durant l'entrevue est d'éclairer, à partir de vos expériences, mes questionnements de recherche. Ne jugez pas vos réponses, répondez ce qui vous semble relié à votre réalité.*



4. Présenter le formulaire d'information et de consentement : *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 ressentez l'envie.*
  
5. Présenter la fiche signalétique. Avez-vous pu remplir la fiche signalétique que je vous ai transmise par courriel ? Si non, vous pouvez prendre le temps de la remplir maintenant.

**Entrevue (40 minutes)**

- L'entrevue pourra être adaptée au tutoiement.

**LANCER L'ENREGISTREMENT**

| QUESTIONS PRINCIPALES ET EXEMPLES DE RELANCE   | OBJECTIFS   |
|--|---|
| <p><b>INTRODUCTION</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Où avez-vous trouvé l'annonce de la recherche ?</li> <li>2. Qu'est-ce qui vous a donné l'envie de participer à cette recherche ?</li> </ol>   | <p><i>Briser la glace avec la personne ; comprendre son intérêt à participer à la recherche.</i></p>          |
| <p><b>PARCOURS GYNÉCOLOGIQUE ET MÉDICAL</b><br/> <i>J'aimerais maintenant que nous parlions de votre expérience et de votre parcours de soin médical et gynécologique.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Parlez-moi de votre parcours médical et gynécologique.</b><br/> <i>Vous pouvez me parler, par exemple, de depuis combien de temps vous êtes suivi, à quelle fréquence vous avez eu besoin de soins en santé médicale et gynécologique, pour quelles raisons avez-vous été suivi, etc.</i></li> </ol> | <p><i>Comprendre son expérience et son parcours dans les services en soin gynécologiques et médicaux.</i></p> |

|   |   |
|---|---|
| <p>2. Si vous participez à cette étude, c'est probablement que son titre vous a fait penser à une expérience spécifique que vous avez vécue. Parlez-moi de l'évènement ou des évènements qui vous sont venus en tête quand vous avez vu l'annonce.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment percevez-vous (perçois-tu) les pratiques gynécologiques que vous avez (tu as) reçues ?</li> </ul>   |   |
| <p><b>RÉPERCUSSIONS ET STRATÉGIES D'ADAPTATION</b><br/> <b>– À COURT TERME</b><br/> <i>J'aimerais que nous abordions les répercussions que les évènements dont vous m'avez parlé ont pu avoir sur votre vie à court terme. C'est-à-dire lorsque l'évènement s'est produit ou peu de temps après. Je vous poserais également des questions sur les moyens que vous avez pu mettre en place pour gérer ces répercussions.</i></p> <p>3. <b>Comment se sont déroulés les jours qui ont suivi ces évènements ?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous pouvez me parler par exemple de votre vie psychologique, sociale, physique, sexuelle, professionnelle, en lien avec les services en santé gynécologique, etc.</li> </ul> <p>4. Si la personne dit avoir relevé des répercussions suite à ces évènements : <b>Comment avez-vous fait face à cette situation ?</b></p> | <p><i>Comprendre à court terme, quelles sont les répercussions que les violences gynécologiques ont pu avoir sur la vie des participant-e-s et quelles stratégies sont mises en place pour les gérer.</i></p> |
| <p><b>– À LONG TERME</b><br/> <i>Je vais vous poser des questions similaires, mais pour comprendre les répercussions que ces évènements ont pu avoir sur votre vie actuelle. Nous discuterons également des moyens que vous pouvez encore mettre en place pour les gérer.</i></p> <p>5. <b>À l'heure actuelle, quelles sont les effets que ces évènements ont sur votre vie ?</b></p> <p>6. <b>Qu'est-ce que vous mettez encore en place actuellement pour atténuer les potentiels effets de ces évènements ?</b></p>   | <p><i>Comprendre à long terme, quelles sont les répercussions que les violences gynécologiques ont pu avoir sur la vie des participant-e-s et quelles stratégies sont mises en place pour les gérer.</i></p>  |

---

### **REPRÉSENTATIONS DU CORPS MÉDICAL ET GYNÉCOLOGIQUE**

*Dans cette dernière partie, j'aimerais mieux comprendre les représentations ou perceptions que vous avez du corps médical et/ou gynécologique.*

7. **Quelle image avez-vous du corps médical et/ou gynécologique ?**
  - *Comment percevez-vous le corps médical ?*
8. **Comment ces évènements ont modifié votre perception du corps médical ?**

*Dans cette partie, nous tenterons de comprendre comment le·a participant·e se représente le corps médical et/ou gynécologique et comment la violence gynécologique a pu affecter cette représentation.*

*L'entretien se terminera par les représentations concernant une pratique idéale pour pouvoir se détacher progressivement du vécu personnel et comprendre quelles sont les attentes des patient·e·s.*

---

### **Conclusion de l'entrevue (10 minutes)**

1. Pour terminer, quelle serait, selon vous, une prise en charge gynécologique et/ou médicale idéale ?
2. Remercier le·a participant·e et vérification de l'état émotionnel : *Nous sommes à la fin de l'entrevue. J'aimerais vous remercier pour votre temps et pour vos partages. Comment vous sentez-vous ?*
3. Mentionner de nouveau la liste de ressources psychosociales. Offrir du temps nécessaire à la discussion au besoin.
4. Au revoir

## APPENDICE C

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



#### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet : Expériences de violences gynécologiques au Québec : une exploration qualitative des répercussions perçues et des stratégies d'adaptation

Étudiante-chercheuse

**Zélie Chancogne**

[chancogne.zelie@courrier.uqam.ca](mailto:chancogne.zelie@courrier.uqam.ca)

+1 438 788 5882

Département de sexologie de l'UQAM

Direction de recherche

**Sylvie Lévesque**

[levesque.sylvie@uqam.ca](mailto: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 60 minutes. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, prenez le temps de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement et d'information 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. En cas de besoin, vous pouvez poser toutes les questions qui pourront vous aider.

#### Description du projet et ses objectifs

Ce projet est réalisé dans le cadre d'une maîtrise de recherche en sexologie. L'objectif est de mieux comprendre l'expérience des personnes ayant vécu des violences gynécologiques au Québec. Plus spécifiquement, nous souhaitons explorer les répercussions que ces violences peuvent avoir sur la vie des personnes en ayant vécu et les moyens que celles-ci peuvent mettre en place pour y faire face.

Les entrevues sont réalisées durant l'été 2022 (à partir de juillet). Une seule entrevue d'environ 60 minutes par personne est prévue. Toutefois, vous aurez le droit de nous demander un entretien supplémentaire dans le cas où vous souhaiteriez ajouter du contenu.

#### Nature et durée de votre participation

Votre participation implique de partager votre expérience de violence gynécologique lors d'une entrevue d'environ 60 minutes. Cette entrevue pourra être faite en présentiel (à l'UQAM) ou en visioconférence (via Zoom). Elle sera enregistrée de manière audio afin de faciliter les analyses.

Les questions porteront sur votre parcours gynécologique et médical, sur l'image que vous vous faites du corps médical, sur les répercussions qu'ont pu avoir les violences gynécologiques sur votre vie ainsi que les moyens que vous avez pu mettre en place pour y faire face.

#### Confidentialité

Les renseignements recueillis ne seront accessibles que par l'étudiante-chercheuse (nom et prénom) et la direction de recherche (n'aura accès qu'aux entretiens retranscrits et anonymisés). Ils seront stockés sur mon ordinateur dont l'accès sera protégé par un mot de passe ou sur le serveur institutionnel de l'université OneDrive (également protégé par un mot de passe). Votre formulaire de consentement signé sera conservé séparément de vos données de recherche dans un classeur sous clé.

Lors de la transcription de votre entrevue, votre nom sera modifié sous forme de code. 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. Aucune publication ou communication sur la recherche ne contiendra de renseignements permettant de vous

identifier. Vos données et renseignements seront supprimées à la fin de la retranscription des verbatims. L'enregistrement de l'entrevue sera effacé de façon permanente à la suite de sa transcription.

### Avantages liés à la participation

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

### Risques liés à la participation

Il est possible que vous ressentiez des émotions désagréables en repensant ou en exprimant vos expériences de la gynécologie. Il se peut aussi que vous soyez mal à l'aise de répondre à certaines questions. Une liste de ressources psychosociales vers lesquelles vous pouvez vous tourner en cas de besoin sera mise à votre disposition.

Sachez que vous pouvez choisir de prendre une pause durant l'entrevue, de refuser de répondre à certaines questions ou encore de vous retirer de l'étude à tout moment, sans condition et sans conséquences négatives.

### 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

Souhaitez-vous obtenir un résumé de la recherche lorsque celle-ci sera terminée ?

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 verbalement ; 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 votre participation, vous pouvez communiquer avec les responsables du projet :

**Zélie Chancogne**  
Étudiante-chercheuse  
[chancogne.zelie@courrier.uqam.ca](mailto:chancogne.zelie@courrier.uqam.ca)  
Département de sexologie de l'UQAM

**Sylvie Lévesque**  
Direction de recherche  
[levesque.sylvie@uqam.ca](mailto: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 (CERPE) a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains ou pour formuler une plainte, vous pouvez contacter la coordination du CERPE : [cerpe.fsh@uqam.ca](mailto:cerpe.fsh@uqam.ca)

### Remerciements

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

### 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 tel que 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.

Je, soussigné·e, accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. 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 du chercheur

Je, soussigné·e, certifie

(a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire ;

(b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard ;

(c) lui avoir clairement indiqué qu'il 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

## Liste de ressources

### Violences gynécologiques et obstétricales

Le collectif **Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales** (SIVO) est un regroupement de personnes victimes de violences obstétricales et gynécologiques. Cette association basée en France propose un groupe de soutien à l'international.

<https://www.irasf.org/irasf/>

Vous pourrez trouver de l'aide sur le groupe **Stop à l'Impunité des Violences Obstétricales et Gynécologiques** en adhérant au groupe facebook suivant :

<https://www.facebook.com/groups/stopalimpunitedesviolencesobstetricales/>

### Santé gynécologique

Le site **Gynéco Positive** propose une liste de professionnel·les en santé gynécologique. Il a été créé par et pour des usagères et usagers de ces services (classement par région du Québec).

<http://gynecopositive.com/>

### Guide d'auto-défense gynécologique

Guide visant à aider les personnes qui ont recours aux services gynécologiques à se réapproprier leur corps face à l'institution médicale en approfondissant leurs connaissances, en délimitant leurs propres barrières et en développant des pratiques d'autonomie.

Consultable ici : [https://infokiosques.net/lire.php?id\\_article=1318](https://infokiosques.net/lire.php?id_article=1318)

### Diversité sexuelle et de genre

L'organisme **Interligne** est un service d'écoute, d'intervention et de sensibilisation aux réalités des personnes concernées par la diversité sexuelle et la pluralité des genres. Du soutien en ligne et au téléphone est accessible par le numéro suivant : 514 866-0103.

Le Réseau **Santé Trans** propose, entre autres, une liste de professionnel·le·s trans-affirmatifs exerçant au Québec, par l'Institut pour la santé des minorités sexuelles. <https://fr.ismh-isms.com/ressources/liste-des-professionnels-trans-affirmatifs-du-quebec/> ET <https://www.facebook.com/ismh.isms>

Le **Réseau des lesbiennes du Québec** est un regroupement de femmes de la diversité sexuelle (s'identifiant comme lesbienne, queer, bisexuelle, trans, pansexuelle, sexualité fluide, lesbienne radicale, politique, féministe, etc.). Ce réseau propose des lieux de rassemblements, de militantisme, de réflexions, d'échanges, d'éducation populaire et de formation. Vous pouvez le contacter via le 438 929-6928.

## **Ligne téléphonique d'aide et de références**

Le centre **d'Écoute entraide** propose une ligne d'écoute pour les personnes vivant de la souffrance émotionnelle; il propose également des groupes d'entraide. Vous pouvez les contacter au numéro suivant : 514 278-2130.

Le centre **Halte AMI** propose également des services d'écoute en face-à-face ou par téléphone. Ces services sont offerts à la population étudiante de l'UQAM mais également à la population environnante. Vous pouvez les contacter au numéro suivant : 438 796-8701.

## **Psychologie et sexologie**

**L'ordre des psychologues du Québec.** Psychologie et psychothérapie au privé : [www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca).

**L'ordre professionnel des sexologues du Québec.** Sexologie et psychothérapie au privé : <https://opsq.org/>

## **Situation de crise**

L'organisme **Suicide Action Montréal** propose une ligne d'écoute téléphonique offre 24/7. Il offre aussi de l'éducation et du soutien dans le deuil. Vous pouvez le contacter au numéro suivant : 514 723-4000.

Le **regroupement des Services d'Intervention de Crise du Québec** propose de l'intervention téléphonique 24/7, un hébergement temporaire, un service mobile, etc. Vous pouvez le contacter au numéro suivant : 1-866-277-3553

## **Violence sexuelle**

Le **regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel** (RQCALACS) propose une aide et un accompagnement des victimes de violence sexuelle et de leurs proches. Vous pouvez les joindre sans frais au numéro suivant : 1-888-933-9007.

## APPENDICE D

### FICHE SIGNALÉTIQUE

#### *Fiche signalétique*

**Titre de l'étude :** Expériences de violences gynécologiques au Québec : une exploration qualitative des conséquences perçues et des stratégies d'adaptation

Nom de la personne répondante :

Date :

Ce court questionnaire nous permettra de récolter vos données socio-démographiques. Vous pouvez cocher et/ou remplir les cases ci-dessous.

- *Quelle est votre date de naissance ? Si la date exacte n'est pas connue, vous pouvez donner la meilleure estimation possible.*

---- / ---- / ----

Jour / mois / année

Préfère ne pas répondre

- *À quel genre vous identifiez-vous ?*

- Homme cisgenre
- Homme transgenre
- Femme cisgenre
- Femme transgenre
- Personne non binaire
- Bispirituel·le
- Intersexe
- Autre

Si vous avez coché « Autre », vous pouvez préciser votre réponse ici :

---

Préfère ne pas répondre

- *Quelle est votre orientation sexuelle ?*

- Hétérosexuel·le
- Bisexuel·le
- Pansexuel·le
- Gai
- Lesbienne
- Bispirituel·le
- Queer
- Asexuel·le
- Ne sais pas
- Autre

Si vous avez coché « Autre », vous pouvez préciser votre réponse ici :

---

Préfère ne pas répondre

- *Quelle est votre activité professionnelle actuelle ?*

Étudiant·e

Si vous avez coché « étudiant·e », vous pouvez préciser votre réponse ici :

---

Employé·e

Si vous avez coché « employé·e », vous pouvez préciser votre réponse ici :

---

Cadre

Si vous avez coché « cadre », vous pouvez préciser votre réponse ici :

---

Retraité·e

Si vous avez coché « retraité·e », vous pouvez préciser votre réponse ici :

---

Actuellement sans activité professionnelle

Parent au foyer

Chômage

Autre

Si vous avez coché « Autre », vous pouvez préciser votre réponse ici :

---

Préfère ne pas répondre

- Avez-vous des incapacités physiques particulières ?

Oui

Si vous avez coché oui, vous pouvez préciser votre réponse ici :

---

Non

Préfère ne pas répondre

- Considérez-vous appartenir à un (ou des) groupe(s) socialement vulnérabilisé(s) ?

Oui

Si vous avez coché oui, vous pouvez préciser votre réponse ici :

---

Non

Préfère ne pas répondre

- Combien de membres de la famille, y compris vous-même votre ménage compte-t-il ?

Veuillez indiquer le nombre de personnes : \_\_\_\_\_

Préfère ne pas répondre

- Au sein de quelle tranche se situe votre revenu annuel ?

0 \$ à 7000 \$

7001 \$ à 14 000 \$

14 001 \$ à 28 000 \$

28 000 à 56 000 \$

Plus de 56 000 \$

Autre : \_\_\_\_\_

Préfère ne pas répondre

- Estimez-vous vos revenus suffisants ?

Oui

Non

Si vous avez coché non, vous pouvez préciser votre réponse ici :

---

Préfère ne pas répondre

# APPENDICE E

## CERTIFICAT ÉTHIQUE, RENOUELEMENT ET FORMULAIRE DE FIN DE PROJET



No. de certificat : 2023-4909  
Date : 2022-07-27

### 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* (avril 2020) de l'UQAM.

Titre du projet : Expérience de violences gynécologiques au Québec : une exploration qualitative des répercussions perçues et des stratégies d'adaptation

Nom de l'étudiant : Zélie Chancogne

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 (**2023-07-27**) de votre certificat. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sylvie Lévesque'.

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 : Expérience de violences gynécologiques au Québec : une exploration qualitative des répercussions perçues et des stratégies d'adaptation

Nom de l'étudiant : Zélie Chancogne

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 (**2024-07-27**) 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 CERPE FSH

## CERPE Fin de projet

Titre du protocole : **Expérience de violences gynécologiques au Québec : une exploration qualitative des répercussions perçues et des stratégies d'adaptation**

Numéro(s) de projet : 2023-4909

Formulaire : FCER-Fin-17553

Identifiant Nagano : Zélie

Date de dépôt initial du formulaire : 2023-12-01

Chercheur principal (au CER Éval) : Zélie Chancogne

Date de dépôt final du formulaire : 2023-12-01

Date d'approbation du projet par le CER : 2022-07-27

Statut du formulaire : Formulaire approuvé

### Fin de projet

1. Dans une perspective d'évaluation éthique continue, les chercheurs ont la responsabilité de présenter au Comité un rapport de suivi éthique, à tout le moins annuel. Ce rapport informe le Comité • du statut du projet et des modifications nécessaires au bon fonctionnement de la recherche dans les douze prochains mois • des modifications mineures apportées au projet en cours ainsi que des problèmes ou incidents rencontrés au cours des douze derniers mois • de l'abandon du projet • de la fin du projet.

Un projet est considéré terminé lorsqu'il est en voie d'être déposé lors de son dépôt final. Le rapport de fin de projet permettra d'obtenir un avis final de conformité, qui doit être joint avec le certificat éthique au mémoire ou à la thèse lors de son dépôt final.

Règle générale, les rapports de suivi éthique sont soumis à une procédure d'évaluation en mode délégué. Ce rapport doit être transmis au plus tard un mois avant la dernière date d'expiration du certificat d'éthique afin de maintenir sa validité. Le cas échéant, l'étudiant devra soumettre une nouvelle demande.

[Politique 54 de l'UQAM](#)

2. **Éléments imprévus**

Des éléments imprévus ayant une incidence sur le plan éthique sont-ils survenus en cours de projet ?

Non

Des difficultés ont-elles été vécues par les participant.e.s (risques, malaises ou inconvénients)?

Non

3. **Commentaires supplémentaires à adresser au comité d'éthique (s'il y a lieu)**

4. **Joindre les documents modifiés ou toute autre documentation (lettre d'invitation, formulaire de consentement, etc.)**

[Affiche-recrutement-zeliechancogne.jpg](#)

5. **Je confirme que les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.**

Zélie Chancogne



## BIBLIOGRAPHIE

- Al-Saji, A. (2014). A phenomenology of hesitation: interrupting racializing habits of seeing. In Emily Lee (ed.), *Living Alterities: Phenomenology, Embodiment, and Race*. 133-172.
- Albenga, V. et Dagorn, J. (2019). Après #MeToo : réappropriation de la sororité et résistances pratiques d'étudiantes françaises. *Mouvements*, 99, 75-84. <https://doi.org/10.3917/mouv.099.0075>
- Alemán, N. M. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. <https://afar.info/biblio/public/2691.pdf>
- Algrain, I. (2018). *Les femmes, leurs soins, leurs médecins*. Université des femmes.
- Anderson, G. D. et Overby, R. (2021). The impact of rape myths and current events on the well-Being of sexual violence survivors. *Violence Against Women*, 27(9), 1379-1401. <https://doi.org/10.1177/1077801220937782>
- Anderson, K. M., Renner, L. M. et Danis, F. S. (2012). Recovery: resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence Against Women*, 18(11), 1279-1299. <https://doi.org/10.1177/1077801212470543>
- Azcué, M. et Tain, L. (2021). L'émergence du concept de « violence obstétricale » : l'impact du mouvement féministe. *Santé Publique*, 33, 635-643. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0635>
- Baker, S. R., Choi, P. Y. L., Henshaw, C. A. et Tree, J. (2005). 'I felt as though I'd been in jail': women's experiences of maternity care during labour, delivery and the immediate postpartum. *Feminism & Psychology*, 15(3), 315-342. <https://doi.org/10.1177/0959-353505054718>
- Basile, S. et Bouchard, P. (2022). *Consentement libre et éclairé, et les stérilisations imposées de femmes des Premières Nations et Inuit au Québec*. (c0848). Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- Beaud, J-P. (2021). L'échantillonnage. Dans I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données* (7e éd., p. 201-230). Presses de l'Université du Québec.

- Beauvais, C. (2021, 24 août). C'est mon histoire: j'ai été victime de violences obstétricales. *Elle Québec*. Récupéré de [https://www.ellequebec.com/societe/cest-mon-histoire/cest-mon-histoire-jai-ete-victime-de-violences-obstetricales?fbclid=IwAR1\\_wTSJkMLYIC29EiHPq7Aeme2fXhoaaS15jJ9zq8F4jlrJ3tGBs-ZRJgo](https://www.ellequebec.com/societe/cest-mon-histoire/cest-mon-histoire-jai-ete-victime-de-violences-obstetricales?fbclid=IwAR1_wTSJkMLYIC29EiHPq7Aeme2fXhoaaS15jJ9zq8F4jlrJ3tGBs-ZRJgo)
- Beck, C. T., Driscoll, J. W. et Watson, S. (2013). *Traumatic childbirth*. Routledge.
- Bédard, F. (2010). *La privatisation des soins de santé : clarifications conceptuelles et observations sur le cas québécois*. [Mémoire de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus. Récupéré de <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/4131>
- Bellon Sanchez, S. (2014). *Obstetric violence: medicalization, authority abuse and sexism within spanish obstetric assistance. A new name for old issues?* [Mémoire de maîtrise, Utrecht University]. Student Theses. <https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/18094>
- Benoit, S. (2017). Partielles, partiales et unies : les épistémologies féministes et la question de l'objectivité en science. *Revue A5*, 7(1).
- Bidet-Mordrel, A., Galerland, E. et Kergoat, D. (2016). Analyse critique et féminismes matérialistes. Travail, sexualité(s), culture. *Cahiers du Genre, HS 4*(3), 5-27. <https://doi.org/10.3917/cdge.hs04.0005>
- Bisch, S. (2023). Violences obstétricales et gynécologiques en France : présentation du collectif StopVOG France (@StopVOGfr) luttant contre l'impunité et le déni. Dans Boulbesol, C., Rousseau, C. et Lévesque, S. (dir.), *412 – Perspectives interdisciplinaires sur les violences obstétricales, gynécologiques et reproductives : de la conscientisation à l'action !* Montréal, Canada, mai 8-9, 2023. ACFAS. Récupéré de <https://www.acfas.ca/evenements/congres/programme/90/400/412/c>
- 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; discussion e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

- Bourgeois, I. (2021). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données*. Presses de l'Université du Québec.
- Boutant, J. et Mathieu, T. (2019). *Les crocodiles sont toujours là*. Casterman.
- Bowser, D. et Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth*. USAID-TRAction Project.
- Boyer, Y. et Bartlett, J. (2017). *External review: tubal ligation in the Saskatoon health region: the lived experience of Aboriginal women*. Saskatoon Health Region.
- Braun, F. et Lalman, L. (2014). *Naissance respectée? Naissance d'un mouvement*. Centre d'éducation à la famille. <http://www.naissancerespectee.be/wp-content/uploads/2015/07/Etude-2014-CEFA.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brodeur, L. (1991). *Les débuts de la spécialité médicale de la gynécologie au Québec : 1880-1920. Médicalisation de la femme et consolidation de la profession médicale*. [Mémoire de maîtrise inédit]. Université du Québec à Montréal.
- Brüggemann, A. J. (2012). *Toward an understanding of abuse in health care: a female patient perspective*. [Thèse de doctorat, Linköping University]. DiVA Portal. Récupéré de <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:540481/FULLTEXT01.pdf>
- Brüggemann, A. J., et Swahnberg, K. (2012). Patients' silence towards the healthcare system after ethical transgressions by staff: associations with patient characteristics in a cross-sectional study among Swedish female patients. *BMJ open*, 2(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001562>
- Brüggemann, A. J. et Swahnberg, K. (2014). Staff silence about abuse in health care: an exploratory study at a Swedish women's clinic. *Clinical Ethics*, 9(2-3), 71-76. <https://doi.org/10.1177/1477750914546760>
- Bujold, A. et Lévesque, S. (2022). La paradoxalité de la reconnaissance de l'expérience de coercition reproductive : une analyse qualitative. *Aporia*, 14(2), 59-71. <https://doi.org/10.18192/aporia.v14i2.6459>

- Cannon, W. B. (1915). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: An account of recent researches into the function of emotional excitement*. D. Appleton and company.
- Cantor, D., Fisher, W. B., Chibnall, S., Bruce, C., Townsend, R., Lee, H. et Thomas, G. (2015). *Report on the AAU campus climate survey on sexual assault and sexual misconduct*. Westat. <https://www.aau.edu/sites/default/files/AAU-Files/Key-Issues/Campus-Safety/AAU-Campus-Climate-Survey-FINAL-10-20-17.pdf>
- Cardi, C., Odier, L., Villani, M., & Vozari, A. S. (2016). Penser les maternités d'un point de vue féministe. *Genre, Sexualité & Société*, (16). <https://doi.org/10.4000/gss.3917>
- Casselot, M. A. (2018). Pour une phénoménologie féministe du doute. *Recherches Féministes*, 31(2), 71-87. <https://doi.org/10.7202/1056242ar>
- Challet, V. (2015). Une reconstruction mémorielle - Écriture et réécritures du « Petit Thalamus » de Montpellier. Dans E. Anheim, P. Chastang, F. Mora-Lebrun et A. Rochebouet (dir.), *L'Écriture de l'histoire au Moyen Âge. Contraintes génériques, contraintes documentaires* (p. 277-291). Classiques Garnier. <https://doi.org/10.15122/isbn.978-2-8124-4819-5.p.0277>
- Champagne, M., Mongeau, S. et Côté, S. (2016). Analyse des logiques d'action de familles autour de la transition aux soins adultes de leur enfant atteint d'une condition chronique complexe grave. *Enfances, Familles, Générations*, (24). <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.7202/1038110ar>
- Charbonnier, P. (2009). Donna Haraway : Réinventer la nature. *Mouvements*, 60, 163-166. <https://doi.org/10.3917/mouv.060.0163>
- Chattopadhyay, S., Mishra, A. et Jacob, S. (2018). « Safe », yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Culture, Health & Sexuality*, 20(7), 815-829. <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1384572>
- Claassen, M., Sybrandy, K. C., Appelman, Y. E. et Asselbergs, F. W. (2012). Gender gap in acute coronary heart disease: Myth or reality? *World Journal of Cardiology*, 4(2), 36-47. <https://doi.org/10.4330/wjc.v4.i2.36>

- Clements, C. M., Moore, B. C., Laajala-Lozano, A. et Casanave, K. (2022). Victim and perpetrator acknowledgement of intimate partner violence and victim Psychopathology. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(19-20), NP17182-NP17204. <https://doi.org/10.1177/08862605211028289>
- Cohen Shabot, S. (2016). Making loud bodies “feminine”: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39(2), 231-247. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Cooper Owens, D. (2017). *Medical bondage: race, gender, and the origins of American gynecology*. University of Georgia Press.
- Corbeil, C. et Marchand, I. (dir.). (2010). *L'intervention féministe d'hier à aujourd'hui: portrait d'une pratique sociale diversifiée*. Les Éditions du remue-ménage.
- Corvol, A., Missotten, P., Gentric, A., Adam, S., et Somme, D. (2016). L'âgisme chez les étudiants en médecine. Dans la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (dir.), *36èmes journées annuelles de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie*. Paris, France, 21-23 novembre 2016. Récupéré de <https://orbi.uliege.be/handle/2268/204354>
- Crann, S. E. et Barata, P. C. (2016). The experience of resilience for adult female survivors of intimate partner violence: a phenomenological inquiry. *Violence Against Women*, 22(7), 853-875. <https://doi.org/10.1177/1077801215612598>
- Cromer, L. D. et Goldsmith, R. E. (2010). Child sexual abuse myths: attitudes, beliefs, and individual differences. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(6), 618-647. <https://doi.org/10.1080/10538712.2010.522493>
- Current, E. (2022). Le refus de se taire: l'écriture de la maladie comme travail féministe. *Voix plurielles*, 19(3), 631-652. <https://doi.org/10.26522/vp.v19i2.3663>
- d'Oliveira, A. F. P. L., Diniz, S. G. et Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*, 359(9318), 1681-1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)
- David, D. H., & Lyons-Ruth, K. (2005). Differential attachment responses of male and female infants to frightening maternal behavior: Tend or befriend versus fight or flight?. *Infant Mental Health Journal*:

*Official Publication of the World Association for Infant Mental Health*, 26(1), 1-18.  
<https://doi.org/10.1002/imhj.20033>

Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 75 Suppl 1, S5-S23.

De Certeau, M. (1994). *L'invention du quotidien*. Gallimard.

Debras, S. (2021, 26 juillet). Speculum : un spectacle rare sur les violences gynécologiques ! 50-50 Magazine. [https://www.50-50magazine.fr/2021/07/26/speculum-un-spectacle-rare-sur-les-violences-gynecologiques/?fbclid=IwAR2a2R1fuMOzk7eiZwOtLA5AqqPfrSpdpO8YZQdMy1Ld5jbxgApgpx9-T\\_w](https://www.50-50magazine.fr/2021/07/26/speculum-un-spectacle-rare-sur-les-violences-gynecologiques/?fbclid=IwAR2a2R1fuMOzk7eiZwOtLA5AqqPfrSpdpO8YZQdMy1Ld5jbxgApgpx9-T_w)

Déchalotte, M. (2017). *Le livre noir de la gynécologie: Mélanie Déchalotte*. First éditions.

Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S. et Herrlich, A. (2014). Major survey findings of listening to mothers(SM) III: pregnancy and birth: report of the third national U.S. survey of women's childbearing experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 23(1), 9-16.  
<https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.1.9>

Delphy C., (1975). Pour un féminisme matérialiste, *L'Arc*, 61, 61-67 [republié dans l'Ennemi principal, tome 1].

Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>

Dosse, F. (2002). L'art du détournement. Michel de Certeau entre stratégies et tactiques. *Esprit (1940-)*, (283 (3/4)), 206-222.

Draucker, C. B., Martsof, D. S., Ross, R., Cook, C. B., Stidham, A. W. et Mweemba, P. (2009). The essence of healing from sexual violence: a qualitative metasynthesis. *Research in Nursing & Health*, 32(4), 366-378. <https://doi.org/10.1002/nur.20333>

- Duviard-Marsan, V. (2013). Reconnus comme victimes. Dans : Christophe André éd., *La reconnaissance: Des revendications collectives à l'estime de soi*, 106-118. Auxerre: Éditions Sciences Humaines. <https://doi.org/10.3917/sh.colle.2013.01.0106>
- Edelman, N. (2003). *Les métamorphoses de l'hystérique: du début du XIXe siècle à la Grande Guerre*. Éditions La Découverte.
- Ehrenreich, B. et English, D. (1973). *Complaints and disorders: the sexual politics of sickness* (2nd ed). Feminist Press.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. et Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Ensemble contre les violences obstétricales et gynécologiques*. (2018). [Pétitions]. Change.org. <https://www.change.org/p/l-europe-doit-reconna%C3%A9tre-les-violences-obst%C3%A9tricales-et-gyn%C3%A9cologiques>
- Fausto-Sterling, A. (2012). *Corps en tous genres: la dualité des sexes à l'épreuve de la science*. La Découverte.
- Fernández-Sánchez, M., & López-Zafra, E. (2019). The voices that should be heard: A qualitative and content analysis to explore resilience and psychological health in victims of intimate partner violence against women (IPVAW). *Women's Studies International Forum*, 72, 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.12.005>
- Ferron-Parayre, A. (2022). Les violences obstétricales et gynécologiques au prisme de la déontologie médicale: une perspective québécoise. *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, (32), 124-129. <https://hal.science/hal-03965803>
- Fiske, S. T. et Taylor, S. E. (1991). *Social Cognition*. McGraw-Hill.
- Fohn, A., Heenen-Wolff, S. et Mouchenik, Y. (2014). Silence et reconnaissance sociale dans le processus de reconstruction d'anciens enfants juifs cachés. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(5), 293-298. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2014.04.008>

- Fortier, I. (2010). La modernisation de l'État québécois : la gouvernance démocratique à l'épreuve des enjeux du managérialisme, *Nouvelles Pratiques Sociales*, 22(2), p. 35-50. <https://doi.org/10.7202/044218ar>
- Foster, P. (1995). *Women and the health care industry: an unhealthy relationship?* Open University Press.
- Francoeur, D. (2019, 5 juillet). Je refuse les violences obstétricales. *La Presse*. Récupéré de <https://www.lapresse.ca/debats/opinions/2019-07-05/je-refuse-les-violences-obstetricales?fbclid=IwAR32CJO0WNRk7GOBVjhiPgauDsFRcrpKnqK3jyK0Nnttb7YAfaAlkXmPiu4>
- Fraser, N. (2004). Justice sociale, redistribution et reconnaissance. *Revue du MAUSS*, no<(sup> 23), 152-164. <https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/rdm.023.0152>
- Frazier, P., Tashiro, T., Berman, M., Steger, M. et Long, J. (2004). Correlates of levels and patterns of positive life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 19-30. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.19>
- Friedman, M. (2014). Reproducing fat-phobia: reproductive technologies and fat women's right to mother. *Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement*, 5(2). <https://jarm.journals.yorku.ca/index.php/jarm/article/view/39755>
- Fussinger, C., Rey, S. et Vuille, M. (2006). S'appropriier son corps et sa santé. Entretien avec Rina Nissim. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2), 98-116. <https://doi.org/10.3917/nqf.252.0098>
- Gabriel, M., Suryou, G. et Thomas, C. (2020). *La vérité au bout des lèvres. Combattre les violences obstétricales et gynécologiques*. Éditions kiwi.
- Galerand, E., & Kergoat, D. (2014). Les apports de la sociologie du genre à la critique du travail. *La nouvelle revue du travail*, (4). <https://doi.org/10.4000/nrt.1533>
- Garcia-Retamero, R. et Hoffrage, U. (2013). Visual representation of statistical information improves diagnostic inferences in doctors and their patients. *Social Science & Medicine*, 83, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.01.034>



- Gérardin-Laverge, M. et Collier, A-C. (2020). Circulation et production des savoirs, *Terrains/Théories*, (11). <https://doi.org/10.4000/teth.2588>
- Gibbins, K. J., Abel, D. E., Carletti, A. A., Morrison, T., Sullivan, E. L. et Marshall, N. E. (2023). Weight bias in obstetrics. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 12(1), 8-16. <https://doi.org/10.1007/s13669-023-00348-9>
- Giles, J. et Curren, H. (2007). Phases of growth for abused New Zealand women: a comparison with other studies. *Affilia: Journal of Women & Social Work*, 22(4), 371-384. <https://doi.org/10.1177/0886109907306310>
- Grace, K. T. et Anderson, J. C. (2018). Reproductive coercion: a systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 19(4), 371-390. <https://doi.org/10.1177/1524838016663935>
- Grenier, M. (2019). *Le consentement dans la formation médicale en gynécologie obstétrique et la reproduction sociale des violences obstétricales* [Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/12949/>
- Guyard, L. (2008). *La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique* [Thèse de doctorat, Université Paris X - Nanterre]. Archive ouverte HAL. <https://hal.science/tel-03466437>
- Hahn, R. A. et Gaines, A. D. (dir.). (1985). *Physicians of western medicine: anthropological approaches to theory and practice*. D. Reidel Pub. Co. ; Sold and distributed in the U.S.A. and Canada by Kluwer Academic Publishers.
- Haraway, D. (1985). Manifeste cyborg : science, technologie et féminisme socialiste à la fin du XXe siècle (1985), in *Manifeste cyborg et autres essais. Sciences - fictions - féminismes, anthologie*, établie par L. Allard, D. Gardey et N. Magnan, 29-92, 39.
- Haraway, D. (2006). Manifeste Cyborg : Science, technologie et féminisme socialiste à la fin du XXe siècle. *Mouvements*, 45-46(3-4), 15-21. <https://doi.org/10.3917/mouv.045.21>
- Haraway, D. (2007). Savoirs situés: la question de la science dans le féminisme et le privilège de la perspective partielle. L. Allard, D. Gardey et N. Magnan (sous la dir. de), Donna Haraway,

Manifeste cyborg et autres essais. *Sciences-Fictions-Féminismes*. Exils.  
<https://doi.org/10.4000/genrehistoire.405>

Harris, A. H. S., Cronkite, R. et Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 79-85.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.013>

Hartley, H. (2003). « Big pharma » in our bedrooms: An analysis of the medicalization of women's sexual problems. Dans M. Texler Segal, V. Demos et J. J. Kronenfeld (dir.), *Gender Perspectives on Health and Medicine*, 7, 89-129. Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1016/S1529-2126\(03\)07004-8](https://doi.org/10.1016/S1529-2126(03)07004-8)

Harvey, M. R. (2007). Towards an ecological understanding of resilience in trauma survivors: Implications for theory, research, and practice. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 14(1-2), 9-32.  
[https://doi.org/10.1300/J146v14n01\\_02](https://doi.org/10.1300/J146v14n01_02)

Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. (2018). *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées* (2018-06-26-SAN-034). Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes. <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>

Hertzog, I.-L. et Mathieu, M. (2021). Pour une analyse globale, internationale et interdisciplinaire du travail procréatif. *Enfances Familles Générations*, (38). <https://journals.openedition.org/efg/12179?lang=fr>

Honneth, A. (2004). La théorie de la reconnaissance: une esquisse. *Revue du MAUSS*, (23), 133-136.  
<https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.3917/rdm.023.0133>

ImprovingBirth.org. (2014). *#breakthesilence* [album photo].  
<https://www.facebook.com/media/set/?set=a.705655609507930.1073741854.255657527841076&type=3>

Institut de Recherche & d'Action pour la Santé des Femmes. (2017). *Préconisations provisoires de L'IRASF Contre les violences obstétricales et gynécologiques*. Institut de Recherche & d'Action pour la Santé des Femmes. <https://afar.info/biblio/public/3056.pdf>

- Inter-Syndicat National des Internes. (2017). *Hey Doc, les études médicales sont-elles sexistes ?* [https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/Etude-sexisme-ISNI\\_102017.pdf](https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/Etude-sexisme-ISNI_102017.pdf)
- Jacques, P. (2004). Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée Plurielle*, 8(2), 21-29. <https://doi.org/10.3917/pp.008.0021>
- Jagsi, R., Griffith, K. A., Jones, R., Perumalswami, C. R., Ubel, P. et Stewart, A. (2016). Sexual harassment and discrimination experiences of academic medical faculty. *JAMA*, 315(19), 2120-2121. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2188>
- Jones, K. (1996). Trust as an affective attitude. *Ethics*, 107(1), 4-25. <https://doi.org/10.1086/233694>
- Kergoat, D. (2001). Le rapport social de sexe de la reproduction des rapports sociaux à leur subversion. Dans A.-B. Mordrel (dir.), *Les rapports sociaux de sexe*, 60-75. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.colle.2010.01.0060>
- Kergoat, D. (2010). Une sociologie à la croisée de trois mouvements sociaux. *L'Homme et la société*, (2-3), 27-42. <https://doi.org/10.3917/lhs.176.0027>
- Kergoat, D. (2012). *Se battre, disent-elles*. La Dispute.
- Koechlin, A. (2019). L'auto-gynécologie : écoféminisme et intersectionnalité. *Travail, genre et sociétés*, 42(2), 109-126. <https://doi.org/10.3917/tgs.042.0109>
- Koechlin, A. (2022). *La norme gynécologique: ce que la médecine fait au corps des femmes*. Éditions Amsterdam.
- Konbini. (2018, 19 juillet). *Violences gynécologiques : des témoignages glaçants*. <https://www.youtube.com/watch?v=akWaafmqNmk>
- Kruk, M. E., Kujawski, S., Mbaruku, G., Ramsey, K., Moyo, W. et Freedman, L. P. (2018). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy and Planning*, 33(1), e26-e33. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu079>

- La collective du 28 mai. (2019, 28 mai). *Appel aux témoignages en lien avec les violences obstétricales et gynécologiques*. <http://stopvog.org/>
- Larzillière, P. (2018). Sentiment d'injustice et engagement. Les expressions militantes de chocs moraux en contexte coercitif ou autoritaire. *Cultures & Conflits*, 110-111(2-3), 157-177. <https://doi.org/10.4000/conflits.20382>
- Laurendeau, F. (1983). La médicalisation de l'accouchement. *Recherches sociographiques*, 24(2), 235-243. <https://doi.org/10.7202/056034ar>
- Le Naour, J.-Y., & Valenti, C. (2001). Du sang et des femmes. Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 14, 207–229. <http://www.jstor.org/stable/44405368>
- Le Regroupement Naissance-Renaissance. (2019a, 17 mai). *Avis sur les mauvais traitements et les violences envers les femmes dans les services de soins de santé reproductive avec attention particulière sur l'accouchement*. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Regroupement\\_Naissance-Renaissance\\_Canada.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Regroupement_Naissance-Renaissance_Canada.pdf)
- Le Regroupement Naissance-Renaissance. (2019b, 6 juillet). Le collège des médecins refuse d'écouter les femmes. Dans Débat, *La Presse*. Récupéré de [https://plus.lapresse.ca/screens/a253b152-b7ed-4d49-a237-79e43307a174%7C\\_0.html](https://plus.lapresse.ca/screens/a253b152-b7ed-4d49-a237-79e43307a174%7C_0.html)
- 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/10.7202/1050662ar>
- Lévesque, S., Bergeron, M., Fontaine, L., Beauchemin-Roy, S. et Rousseau, C. (2016). *Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement: perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance*. Regroupement Naissance-Renaissance.
- Liese, K. L., Davis-Floyd, R., Stewart, K. et Cheyney, M. (2021). Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abuse. *Anthropology & Medicine*, 28(2), 188-204. <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1938510>

- Lloyd, E. P., Paganini, G. A. et ten Brinke, L. (2020). Gender stereotypes explain disparities in pain care and inform equitable policies. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 7(2), 198-204. <https://doi.org/10.1177/2372732220942894>
- López-Fuentes, I. et Calvete, E. (2015). Building resilience: a qualitative study of Spanish women who have suffered intimate partner violence. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 85(4), 339-351. <https://doi.org/10.1037/ort0000070>
- Mallet, D. (2021). Plaidoyer pour un apprentissage de la délibération dans les établissements de soin, dans F. Worms, J.-C. Mino et M. Dumont (dir.), *Le soin en première ligne*, Presses universitaires de France, 47-56. <https://doi.org/10.3917/puf.worms.2021.01.0047>
- Manciaux, M., Vanistendael, R., Lecompte, M. et Cyrulnik, B. (2001). La résilience aujourd'hui. Dans M. Manciaux (dir.), *La résilience : résister et se construire*. Éditions Médecine et Hygiène.
- 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* [Mémoire de maîtrise, Université Grenoble Alpes]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01881279>
- Massicoli, E. (2021). *Santé sexuelle et reproductive: comprendre les violences obstétricales*. [https://veroniquecloutier.com/sante/sante-sexuelle-et-reproductive-comprendre-les-violences-obstetricales?fbclid=IwAR3fs2nrP1rJxyf32aH31AprYMYiS9lnVEoWcgu2zX3JNiQJDCPmdGhN\\_y0](https://veroniquecloutier.com/sante/sante-sexuelle-et-reproductive-comprendre-les-violences-obstetricales?fbclid=IwAR3fs2nrP1rJxyf32aH31AprYMYiS9lnVEoWcgu2zX3JNiQJDCPmdGhN_y0)
- Mathieu, M. et Ruault, L. (2014). Prise en charge et stigmatisation des avortantes dans l'institution médicale : la classe des femmes sous surveillance. *Politix*, 107(3), 33-59. <https://doi.org/10.3917/pox.107.0033>
- Mathieu, M. et Ruault, L. (2017). Une incursion collective sur un terrain éclaté pour une approche matérialiste des activités liées à la production des êtres humains. *Recherches Sociologiques et Anthropologiques*, 48(2), 1-27. <https://doi.org/10.4000/ras.1871>
- Mathieu, N.-C. (1985). *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*. École des hautes études en sciences sociales.

- Mathieu, N.-C. (1991). *L'anatomie politique: catégorisations et idéologies du sexe*. Côte-femmes.
- Mbarga, J. (2015). Femmes et gynécologues dans le champ de la ménopause. *Revue Médicale Suisse*, 11(488), 1815-1817.
- Mehra, R., Boyd, L. M., Magriples, U., Kershaw, T. S., Ickovics, J. R. et Keene, D. E. (2020). Black pregnant women « Get the Most Judgment »: a qualitative study of the experiences of black women at the intersection of race, gender, and pregnancy. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 30(6), 484-492. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.08.001>
- Millepied, A. (2017). L'autodéfense féministe : entre travail sur soi et transformation collective. *Nouvelles Questions Féministes*, 36, 50-65. <https://doi.org/10.3917/nqf.362.0050>
- Moir, C., & Wolfe, C. (2022). Le corps matérialiste. In G. Di Liberti & P. Léger (Eds.), *La cognition incarnée : un programme de recherche entre psychologie et philosophie* (pp. 17–39). Paris : Mimésis. <https://biblio.ugent.be/publication/8758255>
- Molinier, P. (2013). *Le travail du care*. Paris: La Dispute.
- Möller, A., Søndergaard, H. P. et Helström, L. (2017). Tonic immobility during sexual assault - a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 932-938. <https://doi.org/10.1111/aogs.13174>
- Motsdeventreblog. (2017, 2 juillet). Se contenir en soi-même - L'endométriase. <https://motsdeventreblog.wordpress.com/2017/07/02/se-contenir-en-soi-meme-lendomestriose/>
- Murray de Lopez, J. (2018). When the scars begin to heal: narratives of obstetric violence in Chiapas, Mexico. *International Journal of Health Governance*, 23(1), 60-69. <https://doi.org/10.1108/IJHG-05-2017-0022>
- Novello-Vautour, K. (2021). *Discriminer le miracle de la vie : la violence obstétricale chez les personnes noires et autochtones dans les institutions de santé au Canada* [Mémoire de maîtrise, Université d'Ottawa]. Recherche uO. <https://ruor.uottawa.ca/handle/10393/42722>

- O'Connell, C. et Zampas, C. (2019). The human rights impact of gender stereotyping in the context of reproductive health care. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 144(1), 116-121. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12693>
- Ogbe, E., Harmon, S., Van den Bergh, R. et Degomme, O. (2020). A systematic review of intimate partner violence interventions focused on improving social support and/ mental health outcomes of survivors. *PloS One*, 15(6), e0235177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235177>
- Olivier de Sardan, J.-P. (2000). Le « je » méthodologique. Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue française de sociologie*, 41(3), 417-445.
- Ollivier, M. et Tremblay, M. (2000). *Questionnements féministes et méthodologie de la recherche*. Harmattan.
- Pache, S. (2013). Du féminisme matérialiste et de son usage pour penser la santé. Dans M.-C. Caloz-Tschopp (dir.), *Penser les métamorphoses de la politique, de la violence, de la guerre, avec Colette Guillaumin, Nicole-Claude Mathieu, Paola Tabet, féministes matérialistes*. [https://www.academia.edu/4944777/Du\\_f%C3%A9minisme\\_mat%C3%A9rialiste\\_et\\_de\\_son\\_usag\\_e\\_pour\\_penser\\_la\\_sant%C3%A9](https://www.academia.edu/4944777/Du_f%C3%A9minisme_mat%C3%A9rialiste_et_de_son_usag_e_pour_penser_la_sant%C3%A9)
- Pailé, P., Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2016.01>
- Pâquet-Deehy, A., Bourgon, M., et Guay, F. (2000). Entre cinq murs : violences vécues par les femmes ayant des incapacités dans le cadre des services de maintien dans la communauté. Rapport de recherche, Vol. 1. L'expérience des femmes ayant des incapacités motrices. Développement québécois de la sécurité des femmes. *Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes*. Récupéré de <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs38360>
- Paquin, L.C. (s.d.). *Méthodologie de la recherche création, le praticien réflexif*. École des médias, faculté de communication, Université du Québec à Montréal. [http://lcpaquin.com/metho\\_rech\\_creat/praticien\\_reflexif.pdf](http://lcpaquin.com/metho_rech_creat/praticien_reflexif.pdf)

Parturiente. (s. d.). Dans *Dictionnaire Larousse en ligne*. Consulté le 1er décembre 2023. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parturiente/58407>

Pelletier, R., Humphries, K. H., Shimony, A., Bacon, S. L., Lavoie, K. L., Rabi, D., Karp, I., Tsadok, M. A., Pilote, L. et GENESIS-PRAXY Investigators. (2014). Sex-related differences in access to care among patients with premature acute coronary syndrome. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 186(7), 497-504. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131450>

Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., Infanti, J. J., Darj, E., Lukasse, M., Bjørngaard, J. H., Joshi, S. K., Rishal, P., Koju, R., Pun, K. D., Wijewardena, K., Muzrif, M. M., Campbell, J. C. et on behalf of the ADVANCE study team. (2018). ‘When helpers hurt’: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 211. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>

Pinciotti, C. M. et Seligowski, A. V. (2021). The influence of sexual assault resistance on reporting tendencies and law enforcement response: findings from the national crime victimization survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(19-20), NP11176-NP11197. <https://doi.org/10.1177/0886260519877946>

Poiré, A. S. (2022, 26 juillet). Violences obstétricales et gynécologiques: « je me suis sentie violée, brisée, abusée ». *24heures*. <https://www.24heures.ca/2022/07/26/violences-obstetricales-et-gynecologiques-je-me-suis-sentie-violee-brisee-abusee>

Quattrocchi, P. (2019). Obstetric violence observatory: contributions of argentina to the international debate. *Medical Anthropology*, 38(8), 762-776. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1609471>

Quéré, L. (2023). « Moi, je n’y crois pas trop à cette vérité scientifique ». Contestation des savoirs médicaux dans les mobilisations féministes de santé en Europe francophone. *Critique Internationale*, 99(2), 41-61. <https://doi.org/10.3917/cii.099.0041>

Rivard, A. (2014). *Histoire de l’accouchement dans un Québec moderne*. Les Éditions du Remue-ménage.

Roelofs, K., Hagenaars, M. A. et Stins, J. (2010). Facing freeze: social threat induces bodily freeze in humans. *Psychological Science*, 21(11), 1575-1581. <https://doi.org/10.1177/0956797610384746>



- Ruault, L. (2015). La force de l'âge du sexe faible. *Gynécologie médicale et construction d'une vie féminine. Nouvelles Questions Féministes*, 34(1), 35-50. <https://doi.org/10.3917/nqf.341.0035>
- Ryan, C., Ali, A. et Shawana, C. (2021). Forced or coerced sterilization in Canada: an overview of recommendations for moving forward, *International Journal of Indigenous Health*, 16, 1. <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.33369>
- 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/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Salinero-Rates, S. et Cárdenas, M. (2021). Violencia ginecológica y silencio al interior del modelo médico en Chile. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 81(3), 226-238. <https://doi.org/10.51288/00810306>
- Samson, C. (2022). *Du mouvement politique à l'autonomisation des femmes par leur corps : l'auto-gynécologie. Médecine humaine et pathologie*. [Mémoire de maîtrise, Université de Rouen]. (dumas-04080684)
- Sánchez, M. F. et Lopez-Zafra, E. (2019). The voices that should be heard: a qualitative and content analysis to explore resilience and psychological health in victims of intimate partner violence against women (IPVAW). *Women's Studies International Forum*, 72, 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.12.005>
- Sandaunet, A.-G. (2008). The challenge of fitting in: non-participation and withdrawal from an online self-help group for breast cancer patients. *Sociology of Health & Illness*, 30(1), 131-144. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01041.x>
- Savoie-Zajc, L. (2016). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier et I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (6e éd., p. 337-362). Presses de l'Université du Québec.
- Sbragia, J. D. et Vottero, B. (2020). Experiences of transgender men in seeking gynecological and reproductive health care: a qualitative systematic review. *JBİ evidence synthesis*, 18(9), 1870-1931. <https://doi.org/10.11124/JBİSRIR-D-19-00347>

- Schnitzer, S., Kuhlmeier, A., Adolph, H., Holzhausen, J. et Schenk, L. (2012). Complaints as indicators of health care shortcomings: which groups of patients are affected? *International Journal for Quality in Health Care: Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 24(5), 476-482. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs036>
- Shorter, E. (1984). *Le corps des femmes*. Éditions du Seuil.
- Shutzberg, M. (2021). The doctor as parent, partner, provider... or comrade? Distribution of power in past and present models of the doctor-patient relationship. *Health Care Analysis: HCA: Journal of Health Philosophy and Policy*, 29(3), 231-248. <https://doi.org/10.1007/s10728-021-00432-2>
- Simard, F., Roy, I., Fontaine, L. et Métellus, A. (2017, 14 septembre). Violences obstétricales : ces médecins qui décident pour les mères. Dans Radio Canada, *Médium large*. <https://ici.radio-canada.ca/ohdio/premiere/emissions/medium-large/segments/panel/38294/violences-obstetricales-simard-roy-fontaine-metellus>
- Siwe, K., Berterö, C. et Wijma, B. (2013). Gynecological patients learning to perform the pelvic examination: a win-win concept. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(2), 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2013.01.001>
- Smeding, A., Dompnier, B. et Quinton, J.-C. (2018). *Exploration théorique de l'impact du biais de désirabilité sociale sur la validité prédictive des inventaires de personnalité via des simulations de Monte Carlo*. Congrès International de Psychologie Sociale en Langue Française. <https://hal.science/hal-01839423>
- St-Amand, S. (2013). *Déconstruire l'accouchement : épistémologie de la naissance, entre expérience féminine, phénomène biologique et praxis technomédicale*. [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/6134/>
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J. et Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 785-801. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.12.004>
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission (Vienna, Austria: 1996)*, 116(6), 777-784. <https://doi.org/10.1007/s00702-008-0092-x>

- Swahnberg, K., Hearn, J. et Wijma, B. (2009). Prevalence of perceived experiences of emotional, physical, sexual, and health care abuse in a Swedish male patient sample. *Violence and Victims*, 24(2), 265-279. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.24.2.265>
- Swahnberg, K., Schei, B., Hilden, M., Halmesmäki, E., Sidenius, K., Steingrimsdottir, T. et Wijma, B. (2007a). 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. (2007b). Nullified: women's perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 28(3), 161-167. <https://doi.org/10.1080/01674820601143211>
- Swahnberg, K., Wijma, B. et Liss, P.-E. (2006). Female patients report on health care staff's disobedience of ethical principles. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 85(7), 830-836. <https://doi.org/10.1080/00016340500442613>
- Terrien, A. (2023, 4 mai). Stérilisation des mères à Mayotte : « Un contrôle du corps des femmes à géométrie variable », condamne la Ligue des droits de l'homme. *Causette*. <https://www.causette.fr/en-access-libre/sterilisation-des-meres-a-mayotte-un-controle-du-corps-des-femmes-a-geometrie-variable-condamne-la-ligue-des-droits-de-lhomme>
- Teunissen, T. M., Rotink, M. E. et Lagro-Janssen, A. L. M. (2016). Gender differences in quality of care experiences during hospital stay: a contribution to patient-centered healthcare for both men and women. *Patient Education and Counseling*, 99(4), 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.10.033>
- Thibaut, J. et Wittig, M. (2008). Monique Wittig raconte... *Prochoix*, 46, 63-76.
- 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>
- Trudel, L. (2023). La surcharge de travail des soignants nuit à la qualité de leur travail, selon un sondage. *Radio Canada*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2011871/sondage-soins-surcharge-travail-spsodauteil-marcheterre-cisssso>

- Trudel, L., Simard, C., & Vonarx, N. (2006). La recherche qualitative est-elle nécessairement exploratoire. *Recherches qualitatives*, 5, 38-55. [https://www.researchgate.net/publication/242090642\\_La\\_recherche\\_qualitative\\_est-elle\\_necessairement\\_exploratoire](https://www.researchgate.net/publication/242090642_La_recherche_qualitative_est-elle_necessairement_exploratoire)
- Tuana, N. et Sullivan, S. (2006). Introduction: feminist epistemologies of ignorance. *Hypatia*, 21(3), vii-ix.
- Ullman, S. E. (1997). Attributions, world assumptions, and recovery from sexual assault. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 6(1), 1-19. [https://doi.org/10.1300/J070v06n01\\_01](https://doi.org/10.1300/J070v06n01_01)
- Ullman, S. E. (2010a). The social context of talking about sexual assault. Dans *Talking about sexual assault: Society's response to survivors*. (p. 13-27). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12083-001>
- Ullman, S. E. (2010b). Why, how often, and to whom do women disclose, and what factors influence whether disclosure is healing? Dans *Talking about sexual assault: Society's response to survivors*. (p. 41-57). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12083-003>
- Une sociologie à la croisée de trois mouvements sociaux. (2010). *L'Homme & la Société*, 176-177(2-3), 27-42. <https://doi.org/10.3917/lhs.176.0027>
- Vadeboncoeur, H. (2004). *La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire: de quelle humanisation parle-t-on?* [Thèse de doctorat, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/14380>
- Van der Waal, R., Mitchell, V., van Nistelrooij, I. et Bozalek, V. (2021). Obstetric violence within students' rite of passage: the reproduction of the obstetric subject and its racialised (m)other. *Agenda*, 35(3), 36-53. <https://doi.org/10.1080/10130950.2021.1958553>
- 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 GVtM-US Steering Council. (2019). 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>

- Vergès, F. (2017). *Le ventre des femmes: capitalisme, racialisation, féminisme*. Albin Michel.
- Vie féminine. (2022). *Réparer les violences conjugales, au-delà de la justice, une responsabilité collective*.  
 Vie féminine. <https://www.viefeminine.be/reparer-les-violences-conjugales>
- Vuille, M. (2016). Gynécologie. Cairn.info. Dans *Encyclopédie critique du genre* (p. 283-292). La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.renne.2016.01.0283>
- White ribbon alliance for safe motherhood. (2011). *Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women*. White Ribbon Alliance. [https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA\\_RMC\\_Charter\\_FINAL.pdf](https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_Charter_FINAL.pdf)
- Wilson, L. C. et Miller, K. E. (2016). Meta-analysis of the prevalence of unacknowledged rape. *Trauma, Violence & Abuse*, 17(2), 149-159. <https://doi.org/10.1177/1524838015576391>
- Wolitzky-Taylor, K. B., Resnick, H. S., Amstadter, A. B., McCauley, J. L., Ruggiero, K. J. et Kilpatrick, D. G. (2011). Reporting rape in a national sample of college women. *Journal of American College Health: J of ACH*, 59(7), 582-587. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.515634>
- Wuest, J. (1994). A feminist approach to concept analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 16(5), 577-586. <https://doi.org/10.1177/019394599401600509>
- Young, I. M. (1980). Throwing like a girl: a phenomenology of feminine body comportment motility and spatiality. *Human studies*, 3(1), 137-156. <https://www.jstor.org/stable/20008753>
- Zine, M. C. (2010). La pensée et l'action dans la perspective sociologique de Michel de Certeau. *Théologique et Philosophique*, 66(2), 407-423. <https://doi.org/10.7202/044848ar>