

Rapport de l'étude québécoise PAROLES sur les besoins pluriels des femmes et des personnes recevant des soins gynécologiques et obstétricaux au Québec

paroles

Les expériences de soins gynécologiques
et obstétricaux vécues au Québec

Volet

01

Prévalence et caractéristiques
des soins humanisants et des
soins irrespectueux

Direction scientifique

Sylvie Lévesque
Professeure titulaire
Département de sexologie
Université du Québec à Montréal

Co-chercheuses du volet 1

Isabelle Boucoiran, obstétricienne-gynécologue, Département d'obstétrique-gynécologie, CHU Sainte-Justine et Université de Montréal
Natacha Godbout, professeure titulaire, Département de sexologie, UQAM

Collaboratrices des milieux de la pratique du volet 1

Marie-Ève Blanchard, Directrice générale, Regroupement Naissances Respectées
Sarah Landry, Coordonnatrice générale, Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement

Personnel de recherche

Ariane Jean Thorn, auxiliaire de recherche
Léa Séguin, professionnelle de recherche
Anna Medvetskaya, auxiliaire de recherche (jusqu'à avril 2024)

Révision linguistique : Jean-Sébastien Hardy

Graphisme : Sandrine Audet

Financement

Ce projet a bénéficié d'un octroi du Fonds de recherche du Québec, du Secrétariat à la condition féminine et du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, dans le cadre du Programme Actions concertées – programme de recherche sur les besoins émergents en santé et bien-être (<https://doi.org/10.69777/323262>).

Pour citer ce document

Lévesque, S., Jean Thorn, A., Séguin, L., Boucoiran, I., Godbout, N., Blanchard, M.-È., et Landry, S. (2026), Les expériences de soins gynécologiques et obstétricaux vécues au Québec. Rapport de l'étude québécoise PAROLES sur les besoins pluriels des femmes et des personnes recevant des soins gynécologiques et obstétricaux au Québec. Volet 1 : prévalence et caractéristiques des soins humanisants et des soins irrespectueux, UQAM, Montréal, 47 pages.

ISBN 978-2-9818518-4-0

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026.

<https://doi.org/10.69777/323262>

TABLE DES MATIÈRES

Présentation du projet PAROLES	5
Faits saillants	8
Objectifs	10
Précisions méthodologiques	12
Population visée	13
Collecte de données	13
Échantillon	13
Analyses statistiques.	14
Notes sur la présentation des résultats	14
Résultats	15
Accès à des soins de santé reproductive	16
Mode de paiement	16
Professionnel-le-s de la santé consulté-e-s	17
Expériences de soins.	20
Prise de décisions.	20
Refus de traitement et réactions du ou de la professionnel-le soignant-e	21
Soins respectueux.	22
Interactions positives avec le personnel soignant.	23
Soins irrespectueux	24
Expériences de soins irrespectueux rapportés selon le type de professionnel-le consulté	26
Expériences de soins irrespectueux et appartenance à un groupe minorisé	29
Expériences perçues de discrimination	32
Discrimination et types de professionnel-le-s.	34
Aspects intersectionnels et expériences de soins sécurisantes	35
Impacts perçus sur la santé	37
Plaintes et recours	38
Confiance envers le système de santé	39

Principales limites de l'étude	40
Pistes de recherches futures	42
Conclusion	44
Références	46
Annexes	48
Annexe 1 - Articles empiriques découlant du projet PAROLES	49
Annexe 2 - Instruments de mesure	52
Variables sociodémographiques	52
Accès aux soins	52
Expériences de soins	52
Prise de décisions	52
Refus de traitement et réactions du ou de la professionnel·le soignant·e	53
Soins respectueux	53
Interactions positives avec le personnel soignant	53
Soins irrespectueux	53
Expériences perçues de discrimination	54
Impacts perçus sur la santé.	54
Évaluation/s de l'expérience globale envers le système de santé québécois	55
Annexe 3 - Caractéristiques des personnes ayant répondu au sondage pour les soins obstétricaux récent et pour les soins gynécologiques récents	56
Soins obstétricaux récents	56
Soins gynécologiques récents	58
Annexe 4 - Soins irrespectueux	60
Annexe 5 - Expériences perçues de discrimination.	61
Annexe 6 - Importance attribuée aux caractéristiques partagées avec le ou la professionnel·le de la santé	64

paroles

Présentation

du projet PAROLES

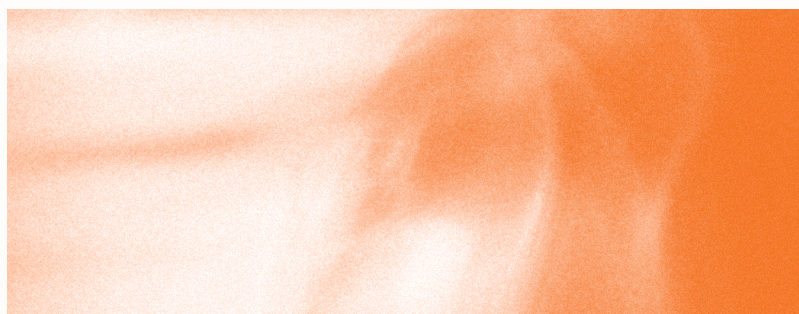
Présentation du projet PAROLES

Depuis plusieurs années, des voix s'élèvent tant au Québec qu'à l'international pour dénoncer des situations de soins obstétricaux et gynécologiques (SOG) qui ne respectent pas les besoins et les droits de la patientèle, dans une perspective inclusive de toutes les personnes pouvant recevoir ces soins, indépendamment de leur identité de genre, c'est-à-dire les femmes cisgenres, les hommes transgenres et les personnes queers et non binaires assignées filles à la naissance. Des études menées dans différents contextes de soins montrent que les SOG irrespectueux ne sont pas des événements hors du commun et représentent plutôt une proportion considérable des soins dispensés (Hakimi et al., 2025). Ces SOG irrespectueux seraient encore plus susceptibles d'être rapportés chez certains groupes ou personnes en fonction de leur identité culturelle ou de leurs positionnements sociaux, notamment les femmes autochtones, les femmes noires, les femmes immigrantes et réfugiées, les femmes en situation de handicap et les personnes de la diversité sexuelle et de genre.

La thématique des SOG irrespectueux polarise les acteurs et les actrices directement concerné·e·s. D'une part, les patient·e·s ont peu d'espaces sécuritaires pour faire entendre leur voix et dénoncer ces comportements qui les marquent. D'autre part, le personnel soignant œuvre en toute bonne foi et sans intention de violence, ce qui suscite un fort malaise face à cette réalité. Cette polarisation engendre des différends importants entre les perceptions et les vécus des femmes et des soignant·e·s, représentant autant d'obstacles à une meilleure compréhension des SOG irrespectueux, mais également à la recherche de solutions pour en diminuer l'incidence.

Dans une perspective d'humanisation des soins, ce projet vise à documenter les expériences de SOG au Québec, et ce, tant du point de vue des personnes patientes que de celui des personnes soignantes. Il met en œuvre un devis mixte en trois

volets, auquel s'ajoute un volet dédié à la recherche-création et à la diffusion des connaissances. Un premier volet quantitatif vise à documenter, à partir du point de vue des personnes ayant reçu des SOG au Québec, la prévalence et les caractéristiques des soins irrespectueux, en portant une attention particulière aux effets des identités socioculturelles. Il s'attarde aussi à documenter les besoins en matière de SOG respectueux. Un volet qualitatif permet d'explorer les expériences plurielles et les contextes dans lesquels se sont produits les SOG irrespectueux. Un volet mixte s'intéresse aux perceptions du personnel soignant quant aux pratiques de SOG, et dégagera les pratiques et les initiatives pouvant favoriser l'humanisation dans les SOG et identifier les obstacles et les facteurs facilitant l'adoption de pratiques centrées sur les besoins de la patientèle. Ce projet de recherche entend contribuer au développement de connaissances nécessaires au renouvellement des pratiques humanisantes de SOG, connaissances qui permettront aux gestionnaires et aux décideurs de porter un regard éclairé sur les besoins et les attentes de la patientèle de même que ceux de leur organisation, et ce afin d'optimiser la réponse à la problématique de la déshumanisation des SOG. Ce projet permettra aussi la création d'outils de sensibilisation et d'information à l'intention de clientèles diversifiées, dans une optique de prévention et de promotion de la santé et de la défense des droits.



Membres du projet PAROLES

Chercheures

Sophie Gilbert, Département de psychologie, UQAM
Natacha Godbout, Département de sexologie, UQAM
Raymonde Gagnon, Département sage-femme, UQTR
Geneviève McCready, Département des sciences de la santé, UQAR
Catherine Flynn, Unité d'enseignement en travail social, UQAC
Julie Beauchamp, Département de psychiatrie et de neurosciences, Université Laval
Maude Bouchard, École de design, Université Laval
Isabelle Boucoiran, CHU Sainte-Justine et Université de Montréal
Suzy Basile, École d'études autochtones, UQAT

Chercheures hors Québec – recherche

Audrey Ferron-Parayre, Faculté de droit, Université d'Ottawa
Saraswathi Vedam, Nursing, University of British-Columbia

Collaborateur-riche-s – milieux de la pratique

Marie-Ève Blanchard, Regroupement Naissances Respectées
Stéphanie Vallée et Mandoline Blier, L'R des centres de femmes du Québec
Marie-Noelle Angers, Réseau des centres de ressources périnatales du Québec
Jess Legault, Fédération québécoise pour le planning des naissances
Djenabou Sangare, Fondation Zenab Sangare
Sarah Landry, Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement
Pascal Vaillancourt, Interligne
Maude Dubois-Mercier, Association pour la santé publique du Québec
Kim Couture, MAM Autour de la maternité
Marielle M'Bangha, Service de référence en périnatalité pour les femmes immigrantes de Québec

Collaborateur-riche-s – milieux institutionnels

Amaili Jetté, Regroupement Les sages-femmes du Québec (RSFQ)
Julie Pelletier, Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ)
Dominique Tremblay, Association des obstétriciens et gynécologues du Québec (AOGQ)
Stéphanie Plante-Blanchette, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
Marie-Josée Bédard, Collège des médecins (CMQ)
Eve-Lyne Clusiaux, Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII)
Annie Ouellet, Groupe de spécialistes en médecine foëto-maternelle du Québec
Angie Brockman, Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec (AOPQ)

paroles

Faits saillants



FAITS SAILLANTS

Les parcours de soins gynécologiques et obstétricaux au Québec sont hétérogènes et varient selon le type de professionnel·le consulté ainsi que certaines caractéristiques sociodémographiques.

Un quart de l'échantillon ne parvient pas à consulter le type de professionnel·le souhaité pour recevoir des soins gynécologiques et obstétricaux, en raison d'enjeux systémiques liés à l'accès aux soins, notamment la pénurie de professionnel·le-s et les délais d'attente.

Certaines personnes participantes vivent des expériences de soins positives, marquées par :

- Une implication effective dans la prise de décisions liée à leurs soins ;
- Des interactions professionnelles perçues comme transparentes et honnêtes ;
- La présence et le respect de leur consentement libre et éclairé.

D'autres personnes rapportent des parcours de soins plus difficiles, irrespectueux ou violents, caractérisés par :

- Un manque d'information sur les options de traitement et la perception d'être obligées d'accepter les soins ou les interventions proposées ;
- La nécessité de devoir argumenter lorsqu'un refus de recevoir un soin est exprimé, et un sentiment de culpabilité généré par le personnel soignant ;
- L'impossibilité de poser toutes leurs questions ou d'exprimer l'ensemble de leurs inquiétudes en raison de la crainte d'être perçues comme « difficiles » et de la perception d'un personnel soignant pressé.

Les expériences de soins irrespectueux et de discrimination lors des soins sont fréquentes et sont associées à la perception de négligence, d'infantilisation et d'ignorance de ses besoins.

Les personnes s'identifiant à une minorité linguistique, ethnique ou raciale sont significativement plus susceptibles de rapporter des expériences de discrimination ou de soins irrespectueux de la part du personnel soignant que les personnes blanches ou celles qui utilisent le français comme langue d'usage.

paroles

Objectifs

OBJECTIFS

Ce rapport présente les données statistiques recueillies lors du premier volet du projet PAROLES. Le sondage effectué auprès d'un échantillon de convenance visait, à partir du point de vue des personnes ayant reçu des soins obstétricaux ou gynécologiques (SOG), de :

- Documenter la prévalence, les caractéristiques et les contextes d'occurrence des SOG respectueux et irrespectueux, en portant une attention particulière aux effets des identités socioculturelles ;
- Explorer les possibles associations entre, d'une part, les SOG irrespectueux et, d'autre part, la santé et le bien-être ;
- Documenter les intentions de porter plainte et le recours aux plaintes.



paroles

Précisions

méthodologiques

PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

POPULATION VISÉE

Dans cette étude, la population visée comprend des personnes âgées de 18 ans et plus qui ont reçu au Québec au cours des sept dernières années des soins de santé gynécologiques ou obstétricaux par un membre du personnel soignant accrédité. Cet échantillon de convenance ne permet pas de constituer un échantillon représentatif, et ne constitue pas des données officielles.

COLLECTE DE DONNÉES

À partir d'un questionnaire en ligne hébergé sur Qualtrics, les données ont été colligées de juillet 2023 à janvier 2024. Les participant·e·s ont été recruté·e·s majoritairement au moyen des réseaux sociaux de l'équipe de recherche et des organismes partenaires et communautaires, ainsi qu'à travers plusieurs médias télé et radio. Les femmes cisgenres, les hommes trans et les personnes non binaires ayant la capacité de devenir enceint·e·s étaient invité·e·s à participer, pour favoriser une multitude d'expériences de soins de santé sexuelle et reproductive. Les critères d'inclusion étaient d'être âgé·e·s de plus de 18 ans, avoir reçu des soins gynécologiques ou obstétricaux dans les sept dernières années au Québec et ne pas être un homme cisgenre. Les personnes participantes devaient d'abord lire le formulaire d'information et de consentement et consentir électroniquement à leur participation à l'étude. Les informations sur les instruments de mesure inclus dans le questionnaire sont présentées à l'Annexe 2.

ÉCHANTILLON

Au total, le questionnaire a fait l'objet de 2 152 réponses. De ce nombre, 553 entrées ont été retirées, soit 522 réponses incomplètes où seules les données sociodémographiques étaient inscrites, 14 doublons, 11 réponses non sérieuses et 6 personnes qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion.

Le questionnaire contenait quatre sections : 1. soins gynécologiques **récents** ; 2. soins obstétriques **récents** ; 3. soins gynécologiques **marquants** ; 4. soins obstétriques **marquants**. Les personnes participantes devaient obligatoirement répondre à une section de soins récents, qu'ils soient gynécologiques ou obstétriques, pour être incluses dans l'étude. À titre de rappel, les soins récents devaient avoir eu lieu au Québec dans les sept dernières années. Une fois la première section complétée, les personnes participantes avaient l'option de terminer le questionnaire ou de poursuivre dans une prochaine section de leur choix si elles souhaitaient partager d'autres expériences vécues (de soins récents ou marquants). Les sections portant sur les soins marquants visaient à documenter les expériences de soins significatives vécues par les personnes participantes.

L'échantillon sur lequel porte ce rapport de recherche est composé de 1 490 personnes. Rappelons qu'il s'agit d'un échantillon de convenance, et qu'il ne peut pas être considéré comme étant représentatif de la population générale ayant reçu des soins obstétricaux et gynécologiques. Les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

La plupart des participant·e·s étaient âgé·e·s de 26 à 35 ans (50,7 %), étaient né·e·s au Canada (89,7 %) et au Québec (87,4 %) et s'identifiaient comme des femmes cisgenres (93,8 %) et hétérosexuelles (82,1 %).

Tableau 1. Caractéristiques de l'échantillon (n = 1 490).

Caractéristiques	n ¹	%
Âge		
18–25 ans	165	11,1
26–35 ans	755	50,7
36–45 ans	358	24,0
46–55 ans	124	8,3
56 ans et plus	88	5,9
Genre		
Femme cisgenre	1 397	93,8
Diversité de genre ²	87	6,2
Orientation sexuelle		
Hétérosexuelle	1 212	82,1
Diversité sexuelle ³	264	17,9
Race/ethnicité		
Blanc·he	1 205	80,9
Racisé·e	285	19,1
Lieu de naissance		
Canada	1 329	89,7
Québec	1 159	87,4
Hors Québec	167	12,6
Hors Canada	153	10,3
France	75	54,7
États-Unis	9	6,6
Chine	8	5,8
Autre	45	32,9
Langue d'usage		
Français	1 231	82,6
Anglais	232	15,6
Autre	20	1,4
Niveau d'études le plus élevé		
Diplôme d'études secondaires ou moins	99	6,8
Études collégiales, professionnelles ou école de métier	440	29,6
Diplôme universitaire	945	63,6
Situation financière perçue		
Revenu plus que suffisant (pour subvenir aux besoins essentiels personnels ou familiaux)	420	28,3
Revenu suffisant	941	63,5
Revenu insuffisant	121	8,2
Expérience récente en soins gynécologiques	908	57,0
Expérience récente en soins obstétricaux	691	43,0

Notes: ¹ Le total peut ne pas atteindre 1 490 en raison de données manquantes.

² Comprend toutes les personnes ayant déclaré un genre différent de celui qui leur a été assigné à la naissance.

³ Comprend les personnes homosexuelles/gaies/lesbiennes, bisexuelles, pansexuelles, queers, asexuelles et en questionnement.

La majorité de l'échantillon a déclaré le français comme langue d'usage (82,6 %), suivi de l'anglais (15,6 %). La plupart des participant·e·s (63,4 %) possédaient au moins un diplôme universitaire et ont déclaré avoir un revenu suffisant pour subvenir à leurs besoins personnels et familiaux de base (63,2 %). Un cinquième des participant·e·s avaient reçu leurs soins à Montréal (21,6 %), suivi de la Montérégie (10,9 %) et de la Capitale-Nationale (9,7 %). Sur les 1 490 participant·e·s, 908 ont répondu à la section sur les soins gynécologiques et 651 à celle sur les soins obstétricaux, pour un total de 1 599 expériences de soins récentes. Le Tableau 1 présente les caractéristiques de l'échantillon. Les caractéristiques des échantillons séparés en fonction du type de soins reçus sont présentées à l'Annexe 3.

ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS, version 29. Ce rapport contient des analyses descriptives (fréquences et pourcentages) pour documenter les informations sociodémographiques de l'échantillon et les prévalences et proportions de certaines expériences vécues. Des tests χ^2 ont été effectués afin de réaliser des comparaisons entre différents sous-groupes de l'échantillon, tels que le type de professionnel·le consulté, le genre ou l'appartenance ethnique des participant·e·s.

NOTES SUR LA PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Nous avons choisi de rapporter des expériences de soins, puisque certaines personnes pouvaient répondre au questionnaire plus d'une fois. Les expériences de soins obstétricaux et gynécologiques récentes ont été regroupées dans les résultats suivants (n = 1 599). Outre les résultats présentés dans ce rapport de recherche, des publications découlant de ce volet ciblent plus particulièrement certains éléments et sont présentés dans l'Annexe 1.

paroles

Résultats

RÉSULTATS

ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE

L'accès aux soins, c'est la possibilité pour la population de recevoir des services de santé, au moment où elle en a besoin, offerts à une distance acceptable, et ce, sans rencontrer de barrières majeures (Lévesque et al., 2013). Plusieurs éléments viennent moduler l'accès aux soins, dont la disponibilité du personnel soignant et des spécialisations, la présence ou l'absence de services médicaux sur son territoire, les délais associés à l'obtention d'un rendez-vous médical ou d'un examen clinique, le coût des soins et leur prise en charge par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), entre autres (Gonin et al., 2025 ; Lévesque et al., 2013). D'autres éléments s'ajoutent pour évaluer l'accès aux soins sur le plan de leur acceptabilité, tels que l'adéquation culturelle et sociale des soins, où les préférences, les croyances et les valeurs seront considérées (Gonin et al., 2022).

Cette section présente les résultats généraux concernant les modes de paiement et l'accès aux soins de santé reproductive en fonction de la densité démographique.

Mode de paiement

Au Québec, les soins de santé médicaux et hospitaliers sont assortis d'une garantie d'accès universelle par la Loi sur l'assurance-maladie et la Loi sur l'assurance-hospitalisation (Régis et Savard, 2010), ce qui implique que l'accès aux soins de santé est déterminé par les besoins et non par la capacité de payer des individus. La Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) du Québec a enchâssé un droit d'accès aux services de santé pour ses citoyen-ne-s (Gouvernement du Québec, 1971) :

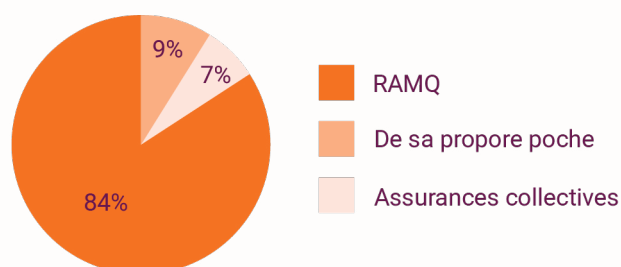
« Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. »

Conséquemment, il est convenu que des soins de santé primaires, comme les soins de santé reproductive, sont assurés par l'État et offerts sur l'ensemble du territoire québécois.

Ce droit aux services de santé n'étant pas absolu, Régis et Savard (2010) soulignent que cet article de loi n'en précise ni la portée, ni l'étendue, alors que la LSSSS indique que ce droit doit s'exercer en tenant compte des « dispositions législatives et réglementaires relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement ainsi que des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose ».

La majorité (84 %) des participant·e·s rapportent que les derniers soins de santé reproductive reçus ont été couverts par la RAMQ, ce qui n’a entraîné aucun déboursé de leur part, alors que 7 % (n = 79) ont pu être couverts par leur assurance collective. Notons que 9 % des participant·e·s (n = 107) ont dû payer les soins de leur poche.

Figure 1. Mode de paiement pour les soins (n = 1 145).



Professionnel·le·s de la santé consulté·e·s

Les droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux sont des droits reconnus par la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSSS). Ces douze droits incluent notamment le droit de choisir son professionnel ou établissement (Regroupement provincial des comités des usagers, 2026).

Lors de leur dernière expérience de soins de santé reproductive, la majorité de l'échantillon a indiqué que ceux-ci avaient été administrés par un·e obstétricien·ne-gynécologue (40,3 %) ou par un·e médecin généraliste (30,6 %), alors que près de 13 % ont reçu des soins par une sage-femme, et 12 % par un·e infirmier·ère (voir Tableau 2). La majorité de l'échantillon indique avoir pu trouver le type de professionnel·le de la santé de son choix (76,2 % contre 23,8 %).

Tableau 2. Accessibilité des soins récents en fonction du ou de la professionnel·le de la santé (n = 1 456).

Énoncés	% (n)
Professionnel·le ayant administré la majorité des soins	
Obstétricien·ne-gynécologue	40,3 (587)
Médecin généraliste/de famille	30,6 (445)
Sage-femme	12,7 (185)
Infirmière/infirmier	6,5 (95)
Infirmière/infirmier praticien·ne spécialisé·e	5,9 (86)
Médecin spécialiste autre qu'obstétricien·negynécologue	3,0 (44)
Autre	1,0 (14)

Alors que trois personnes sur quatre ont pu consulter le type de professionnel·le de leur choix, c'est tout de même près du quart des personnes sondées qui n'ont pas obtenu de soins avec le type de professionnel·le souhaité. Parmi les personnes ayant indiqué qu'il était difficile de trouver un·e professionnel·le de la santé de leur choix (n = 296), les raisons invoquées sont nombreuses, mais ces personnes relèvent notamment : la pénurie de professionnel·le·s (35,5 %) et le temps d'attente trop long (27,5 %) (voir Figure 2).

Figure 2. Portrait des raisons pour lesquelles il était difficile de trouver un·e professionnel·le de leur choix (n = 296).



Notes :

* « Manque de connaissances » fait référence au manque de connaissances de la part du professionnel quant à la problématique ou au refus de diriger la personne sondée vers un·e autre professionnel·le.

** Cette catégorie inclut : « Aucun·e obstétricien·ne dans la région », « Aucun·e sage-femme dans la région », « Aucun·e médecin pouvant prendre en charge de nouvelles personnes » et « Aucun·e sage-femme pouvant prendre en charge de nouvelles personnes ».

Les analyses ont révélé que la densité démographique n'était pas liée à la facilité de trouver le type de professionnel·le de la santé de son choix (voir Tableau 3). Les personnes participantes habitant dans une zone à densité démographique élevée étaient aussi susceptibles que celles vivant dans une zone à faible densité démographique d'avoir pu trouver le type de professionnel·le de la santé de leur choix.

Tableau 3. Capacité à trouver le type de professionnel·le de la santé de son choix lors de la dernière consultation en fonction de la densité démographique (n = 1 147).

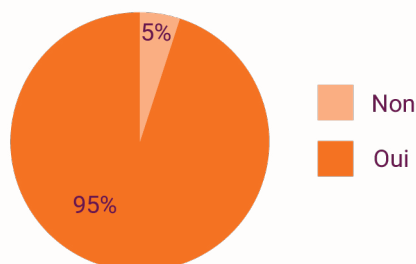
Densité démographique ¹	Non (%)	Oui (%)	χ^2 (dl)	p
1 000+ habitants/km ²	25,1	74,9	2,446(3)	,485
40-200 habitants/km ²	26,1	73,9		
10-39 habitants/km ²	20,9	79,1		
> 9 habitants/km ²	22,6	77,4		

¹ La zone de 1 000+ habitants/km² inclut Montréal et Laval ; la zone de 40-200 habitants/km² inclut la Montérégie, la Capitale-Nationale, l'Estrie et Lanaudière ; la zone de 10-39 habitants/km² inclut les Laurentides, Chaudière-Appalaches, le Centre-du-Québec et l'Outaouais ; la zone de > 9 habitants/km² inclut le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, la Mauricie, la Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue et le Nord-du-Québec.

Parmi les 1 180 personnes qui ont répondu à la question, 95 % ont reçu de l'information et des soins dans une langue dans laquelle elles étaient confortables (voir Figure 3).

Figure 3. Obtention de l'information et des soins dans la langue de son choix (n = 1 180).

J'ai pu obtenir de l'information et des soins dans une langue dans laquelle je suis confortable



FAITS SAILLANTS

- On constate une diversité des parcours de soins gynécologiques ou obstétricaux, les obstétricien-ne-s-gynécologues et médecins généralistes constituant la majorité des professionnel-le-s consulté-e-s.
- Une personne sur quatre n'est pas parvenue à consulter le type de professionnel-le de son choix.
- La majorité des participant-e-s (84 %) a bénéficié de la couverture de la RAMQ pour recevoir leur dernier soin gynécologique ou obstétrical, alors qu'une proportion non négligeable des participant-e-s sondé-e-s (9 %) a dû assumer les coûts personnellement.
- Des obstacles structurels persistent quant à l'accès aux soins, dont la pénurie de professionnel-le-s et les délais d'attente.
- Les difficultés d'accès aux soins gynécologiques ou obstétricaux touchent autant les personnes vivant en zones densément peuplées que celles en zones moins densément peuplées.

EXPÉRIENCES DE SOINS

L'expérience de soins, c'est l'évaluation subjective que fait une personne de son vécu de soins dans le système de santé. L'expérience de soins est influencée par des facteurs individuels (attentes, connaissances, expériences de soins antérieurs, etc.) et structurels (accessibilité des services, organisation des soins, attitudes des professionnel-le-s, adaptabilité des protocoles aux besoins de la patientèle, etc.). Plusieurs dimensions, comme la capacité à prendre des décisions libres et éclairées, la qualité de l'information partagée, la confidentialité et le respect, permettent d'appréhender les expériences de soins (Gonin et al., 2022 ; International Confederation of Midwives, 2025).

Cette section fait état des plus récentes expériences de soins gynécologiques ou obstétricaux rapportées par les personnes sondées. Les différentes expériences documentées ciblent la prise de décision, le refus de traitement et les réactions du ou de la professionnel-le soignant-e, les soins respectueux, les interactions positives avec le personnel soignant et les soins irrespectueux.

Prise de décisions

En moyenne, les personnes participantes ont indiqué s'être senties incluses et impliquées dans la prise de décisions quant à leur santé et à leurs soins (voir Tableau 4). L'échantillon s'est particulièrement senti respecté dans ses choix (80,7 %) et encouragé dans sa participation dans le processus décisionnel (75,7 %) par le ou la professionnel-le de la santé. Cependant, seulement 65,0 % des personnes participantes ont rapporté qu'on leur a expliqué les avantages et les désavantages des différentes options de soins.

Tableau 4. Inclusion dans le processus décisionnel lors de la dernière expérience de soins (n = 1 242 – 1 360).

	Pas d'accord	D'accord
	% (n)	
Le ou la professionnel-le a encouragé ma participation dans les décisions sur ma santé et mes soins.	24,3 (331)	75,7 (1 029)
Le ou la professionnel-le m'a dit qu'il existe plusieurs options de traitement ou d'intervention pour mon problème.	33,1 (415)	66,9 (839)
Le ou la professionnel-le m'a expliqué les avantages et les désavantages des différentes options de soins.	35,0 (444)	65,0 (826)
Le ou la professionnel-le m'a aidé-e à bien saisir toute l'information.	29,4 (401)	70,6 (961)
Le ou la professionnel-le m'a laissé suffisamment de temps pour bien réfléchir à chacune des options de soins.	32,9 (409)	67,1 (833)
J'ai pu choisir les options de soins qui me semblaient les meilleures.	29,0 (366)	71,0 (894)
Le ou la professionnel-le a respecté mes choix.	19,3 (251)	80,7 (1 048)

Refus de traitement et réactions du ou de la professionnel-le soignant-e

Le tiers de l'échantillon (33,9 %) a rapporté avoir refusé des tests, des médicaments ou des procédures proposés par le personnel soignant lors de leur dernière expérience de soins gynécologiques ou obstétricaux. En cas de refus, la réaction du personnel soignant la plus rapportée était l'acceptation immédiate (45,2 %) (voir Tableau 5). Cependant, 29,9 % des personnes participantes ont indiqué que, bien que leur décision ait été acceptée, elles ont dû argumenter avec le personnel soignant et 24,4 % ont rapporté que ce dernier les a culpabilisées pour leur choix.

Figure 4. Refus de traitement (n = 1 354).

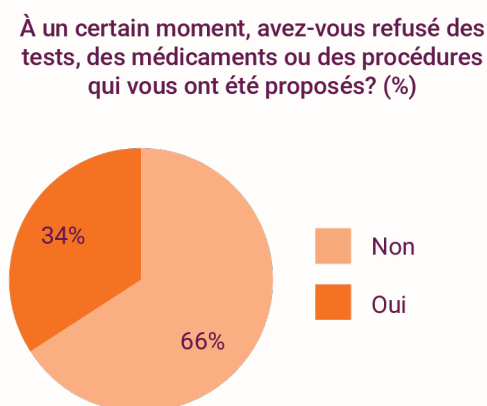


Tableau 5. Refus de traitement et réactions du personnel soignant lors de la dernière expérience de soins (n = 504).

	Non	Oui
	% (n)	
Quelle a été la réaction du ou de la professionnel-le de la santé à la suite de votre refus ?¹		
On a immédiatement accepté ma décision.	54,8 (247)	45,2 (204)
On a accepté ma décision, mais j'ai dû argumenter.	70,1 (316)	29,9 (135)
On a accepté ma décision, mais on m'a fait sentir coupable.	75,6 (341)	24,4 (110)
On a continué de me le demander jusqu'à ce que j'accepte.	87,1 (393)	12,9 (58)
On a demandé à un-e autre professionnel-le de la santé de me convaincre jusqu'à ce que j'accepte.	94,0 (424)	6,0 (27)
On a tenté de faire en sorte que ma famille me convainque jusqu'à ce que j'accepte.	95,3 (430)	4,7 (21)
On a refusé de me donner les soins que je préférais.	90,9 (410)	9,1 (41)
On a fait la procédure contre mon gré.	94,2 (425)	5,8 (26)

Note : ¹ Ces résultats n'incluent que les personnes participantes ayant indiqué avoir déjà refusé des soins.

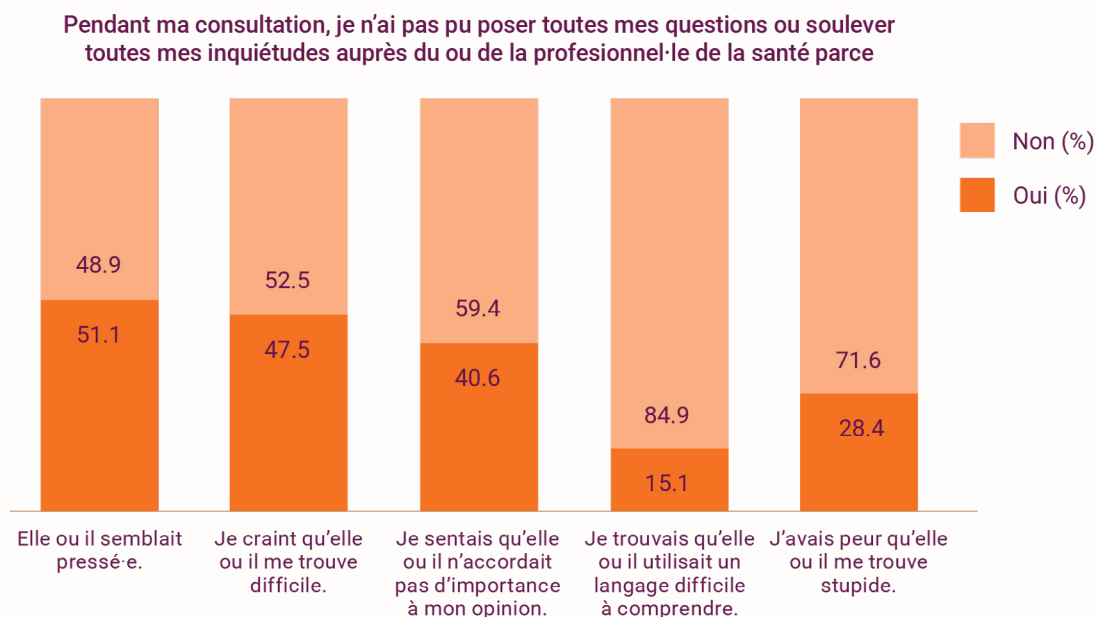
Soins respectueux

Les trois-quarts de l'échantillon ont rapporté se sentir à l'aise de poser des questions (75,4 %) et avoir pu choisir les soins reçus (74,5 %) lors de la dernière expérience de soins. Cependant, 50,7 % des personnes participantes ont indiqué s'être senties obligées d'accepter les soins, les tests ou les traitements suggérés par le ou la professionnel-le de la santé (voir Tableau 6). De plus, parmi les personnes ayant dit ne pas avoir pu poser toutes leurs questions ou soulever toutes leurs inquiétudes auprès du personnel soignant (n = 1 039 ; 69,7 %), 51,1 % ont indiqué que c'était parce celui-ci semblait pressé et 47,5 % parce qu'elles craignaient d'être perçues comme difficiles.

Tableau 6. Soins respectueux lors de la dernière expérience de soins (n = 1 278 – 1 367).

	Non	Oui
	% (n)	
Je me sentais à l'aise de poser des questions.	24,6 (336)	75,4 (1 031)
Je me sentais obligé-e d'accepter les soins, les tests ou traitements que me suggérait ma ou mon professionnel-le de la santé.	50,7 (667)	49,3 (649)
J'ai choisi les soins que j'ai reçus.	25,5 (334)	74,5 (977)
Mes préférences personnelles ont été respectées.	25,7 (329)	74,3 (949)
J'ai senti que j'avais assez de temps pendant ma consultation.	30,5 (413)	69,5 (939)

Figure 5. Raisons pour ne pas avoir pu poser toutes ses questions (n = 1 039).



Interactions positives avec le personnel soignant

En moyenne, les personnes participantes ont rapporté des interactions positives avec le personnel soignant lors de leur dernière expérience de soins (voir Tableau 7). Elles ont notamment indiqué que le ou la professionnel·le de la santé avait fait preuve de transparence et d'honnêteté (79,7 %) quant au plan de soins. Cependant, seule la moitié de l'échantillon a indiqué avoir toujours été informée de la possibilité de refuser un examen ou une procédure (51,8 %) et sentir que les décisions ou les recommandations du ou de la professionnel·le de la santé pouvaient être remises en question (50,6 %).

Tableau 7. Interactions positives avec le personnel soignant (n = 915 – 1 265).

	Non	Oui
	% (n)	
On m'a tenu·e informé·e du déroulement des soins.	22,9 (289)	77,1 (973)
On a pris le temps de s'assurer que je comprenais ce qui se passait pour moi/mon bébé.	25,5 (323)	74,5 (942)
Le ou la professionnel·le de la santé a fait preuve de transparence et d'honnêteté quant à son plan de soins pour moi/mon bébé.	20,3 (244)	79,7 (957)
On m'a expliqué les résultats de mes tests ou examens.	25,4 (293)	74,6 (860)
On s'assurait toujours que je sois au courant de la possibilité de refuser un examen ou une procédure.	48,2 (570)	51,8 (613)
J'ai senti que je pouvais remettre en question les décisions ou les recommandations du ou de la professionnel·le de la santé.	49,4 (587)	50,6 (602)

Soins irrespectueux

Plusieurs personnes participantes ont rapporté avoir reçu des soins irrespectueux lors de leur dernière consultation de soins gynécologiques ou obstétricaux. Les expériences les plus fréquentes étaient de s'être senti-e négligé-e ou abandonné-e (49,6 %), infantilisé-e (49,0 %) et ignoré-e par le ou la professionnel-le de la santé (42,0 %). Le Tableau 8 présente les fréquences de différentes interactions irrespectueuses.

Tableau 8. Soins irrespectueux lors de la dernière expérience de soins (n = 1 244 – 1 259).

	Non	Oui
	% (n)	
Le ou la professionnel-le de la santé m'ignorait ou parlait de moi comme si je n'étais pas là.	58,0 (730)	42,0 (529)
Je me suis senti-e infantilisé-e ou ignoré-e par le ou la professionnel-le de la santé lorsque je me suis renseigné-e sur ma santé gynécologique.	50,4 (641)	49,0 (616)
Je me suis senti-e négligé-e ou abandonné-e par le ou la professionnel-le de la santé alors que j'avais besoin des soins.	50,4 (633)	49,6 (623)
Le ou la professionnel-le de la santé a jugé mes pratiques sexuelles ou y a fait référence sur un ton moralisateur.	72,8 (911)	27,2 (341)
Le ou la professionnel-le de la santé a tenu des propos impertinents sur mon physique, mes vêtements ou mon hygiène.	79,4 (993)	20,6 (258)
Le ou la professionnel-le de la santé m'a dit que j'avais déjà trop d'enfants.	85,4 (1 069)	14,6 (183)
Je me suis fait menacer par le ou la professionnel-le de la santé.	80,2 (1 008)	19,8 (249)
Le ou la professionnel-le de la santé m'a crié après ou m'a réprimandé-e.	77,2 (969)	22,8 (286)
J'ai été victime de violence physique (comme des contacts physiques agressifs, actes douloureux inutiles, etc.).	76,1 (951)	23,9 (299)
Mes renseignements confidentiels ou personnels ont été divulgués sans mon consentement.	92,7 (1 000)	7,3 (79)
Le ou la professionnel-le de la santé est entré-e dans la pièce et m'a dénudé-e sans d'abord s'adresser à moi.	92,4 (1 051)	7,6 (86)
On a réalisé sans mon consentement une intervention chirurgicale me rendant infertile (stérilisation).	94,9 (893)	5,1 (48)
J'ai été forcé-e d'accepter un traitement ou une procédure autre qu'une stérilisation dont je ne voulais pas.	87,7 (866)	12,3 (122)
J'ai été forcé-e de signer des documents juridiques me faisant consentir à des procédures que je ne désirais pas ou qui ne m'ont pas été expliquées.	92,6 (903)	7,4 (72)
Le ou la professionnel-le de la santé n'a pas demandé ma permission afin que d'autres personnes (comme des étudiant-e-s ou des observateur-ice-s) puissent assister à mes soins.	58,5 (430)	41,5 (305)
Le ou la professionnel-le de la santé n'a pas demandé ma permission pour qu'un-e étudiant-e m'examine ou réalise des procédures sur moi.	52,6 (346)	47,4 (312)
Le ou la professionnel-le de la santé n'a pas demandé ma permission avant de procéder à un examen gynécologique ou lié à des zones intimes de mon anatomie.	71,3 (819)	28,7 (329)

FAITS SAILLANTS

- La majorité des personnes participantes rapporte se sentir impliquée dans la prise de décisions.
- Les interactions professionnelles sont globalement positives, marquées par la transparence et l'honnêteté perçues du personnel soignant.

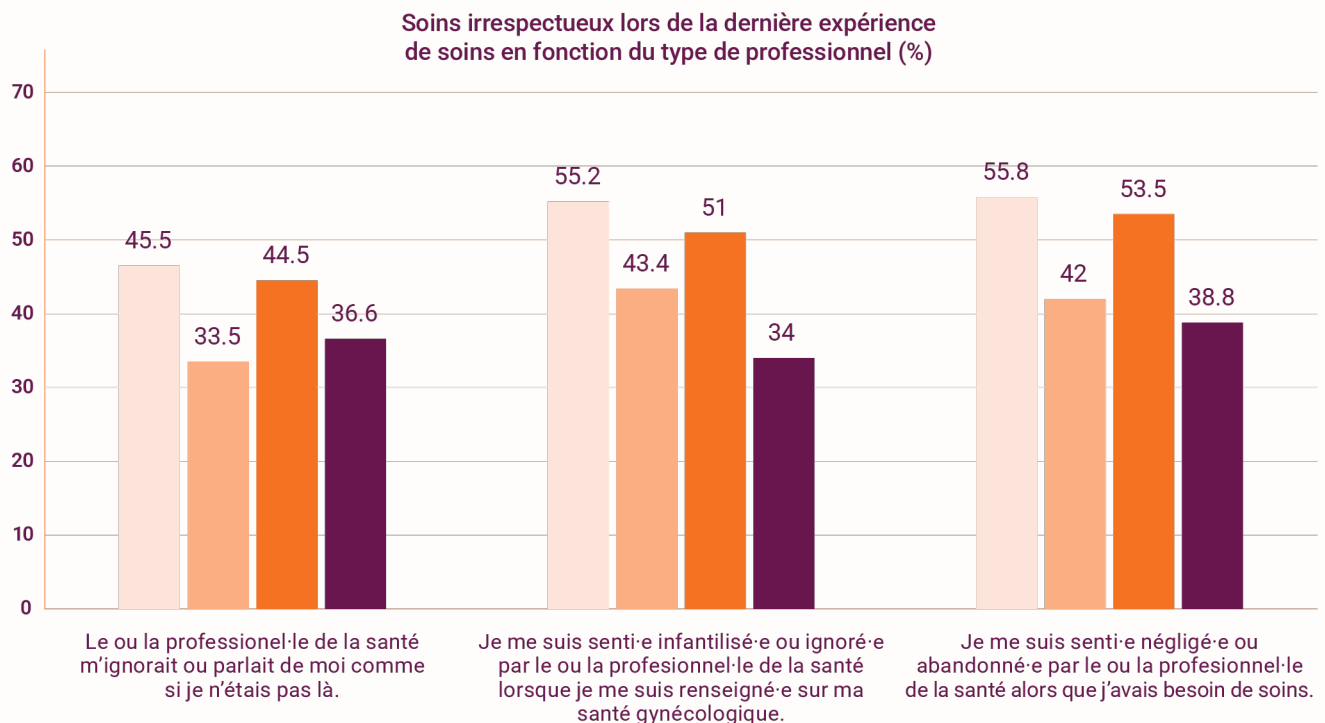
Toutefois...

- Plus d'un tiers des participant-e-s indiquent ne pas avoir reçu des explications sur les avantages et désavantages des différentes options de soins, ce qui limite l'exercice d'un consentement pleinement éclairé.
- Le tiers de l'échantillon a refusé des tests, des traitements ou des procédures lors de leur dernière expérience de soins gynécologiques ou obstétricaux. Les réactions du personnel soignant face au refus varient, allant de l'acceptation immédiate à des situations où les personnes ont dû argumenter ou se sont senties culpabilisées.
- Malgré un fort sentiment d'aisance à poser des questions et à choisir leurs soins, plus de la moitié des personnes participantes ont rapporté s'être senties obligées d'accepter des soins ou des interventions proposées.
- La perception d'un personnel pressé et la crainte d'être perçues comme « difficiles » a limité la possibilité des personnes participantes à poser toutes leurs questions ou d'exprimer toutes leurs inquiétudes.
- Une prévalence élevée d'expériences de soins irrespectueux, incluant des sentiments de négligence, d'infantilisation et d'ignorance, est rapportée par les participant-e-s de cette étude, ce qui met en lumière des expériences négatives.

EXPÉRIENCES DE SOINS IRRESPECTUEUX RAPPORTÉS SELON LE TYPE DE PROFESSIONNEL·LE CONSULTÉ

Les analyses ont révélé qu'il y avait une différence dans les distributions de soins irrespectueux entre les différents types de professionnel·le-s de la santé (voir Figure 6). Dans la majorité des cas, les personnes participantes ayant rapporté avoir eu une sage-femme lors de leur dernière expérience de soins étaient moins susceptibles que celles ayant indiqué avoir eu un autre type de professionnel de la santé d'avoir reçu des soins irrespectueux (pour consulter les analyses statistiques, voir Annexe 4).

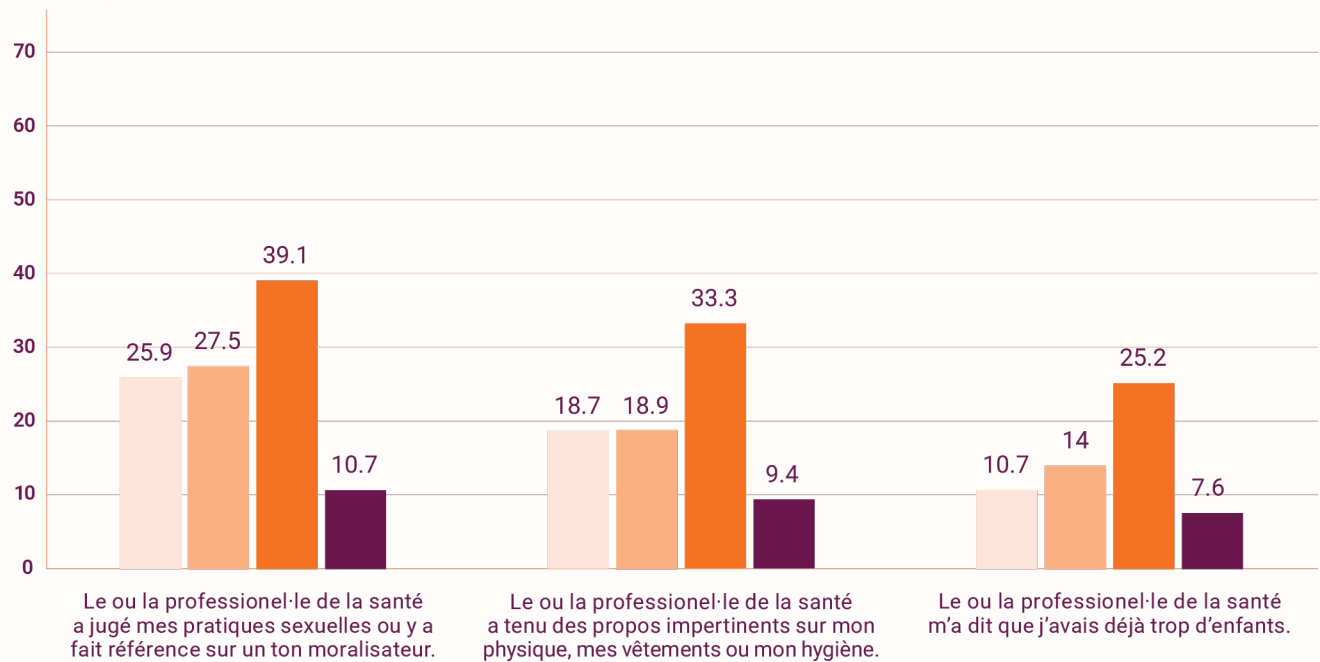
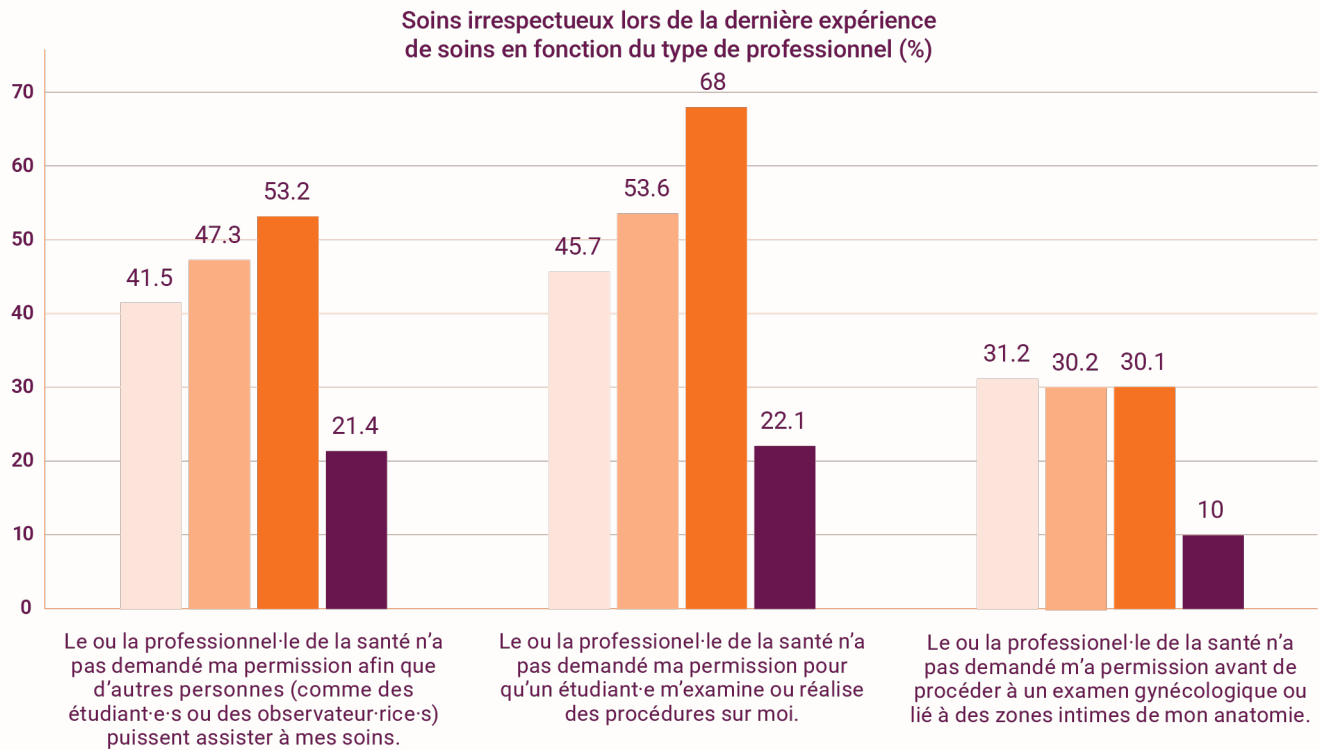
Figure 6. Soins irrespectueux lors de la dernière expérience de soins en fonction du type de professionnel·le (n = 1 173 – 1 187)



Note : Les catégories « Médecin spécialiste autre qu'obstétricien·ne-gynécologue » et « Autre » ont été exclues des analyses en raison de leur faible fréquence.

- Obstétricien·ne-gynécologue
- Médecin généraliste/médecin de famille
- Infirmier·ère ou infirmier·ère praticien·ne spécialisé·e (IPS)
- Sage-femme

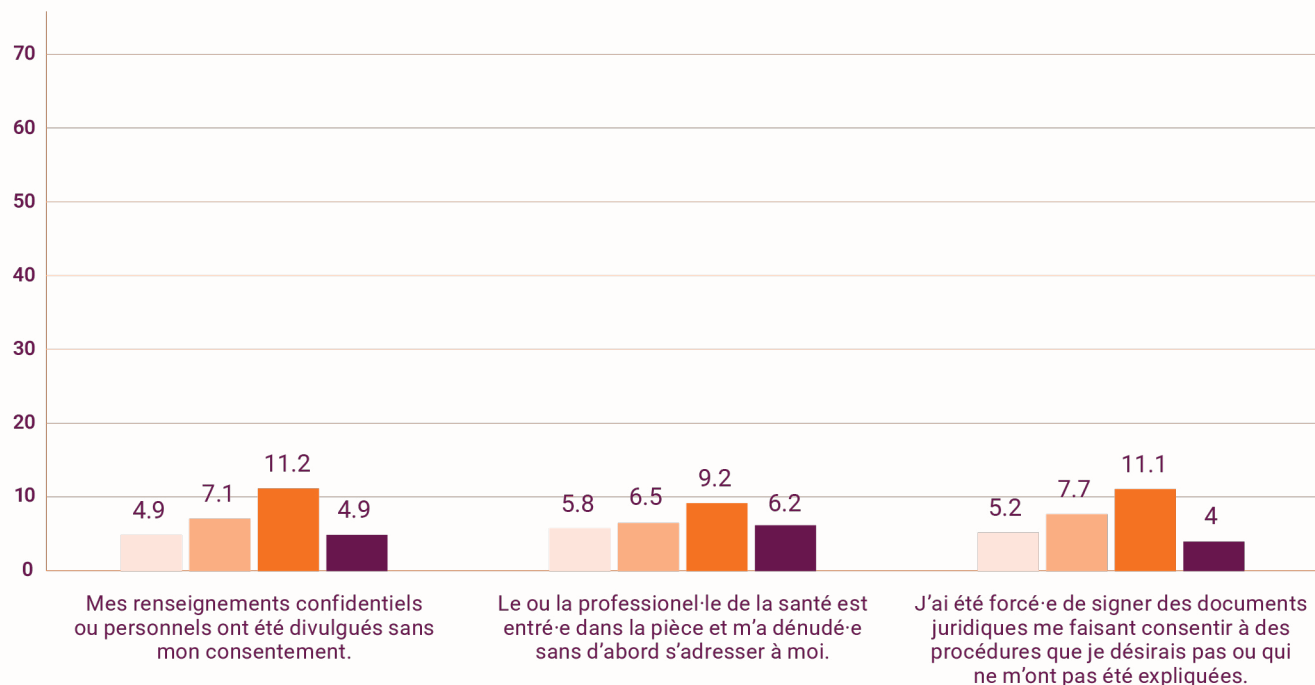
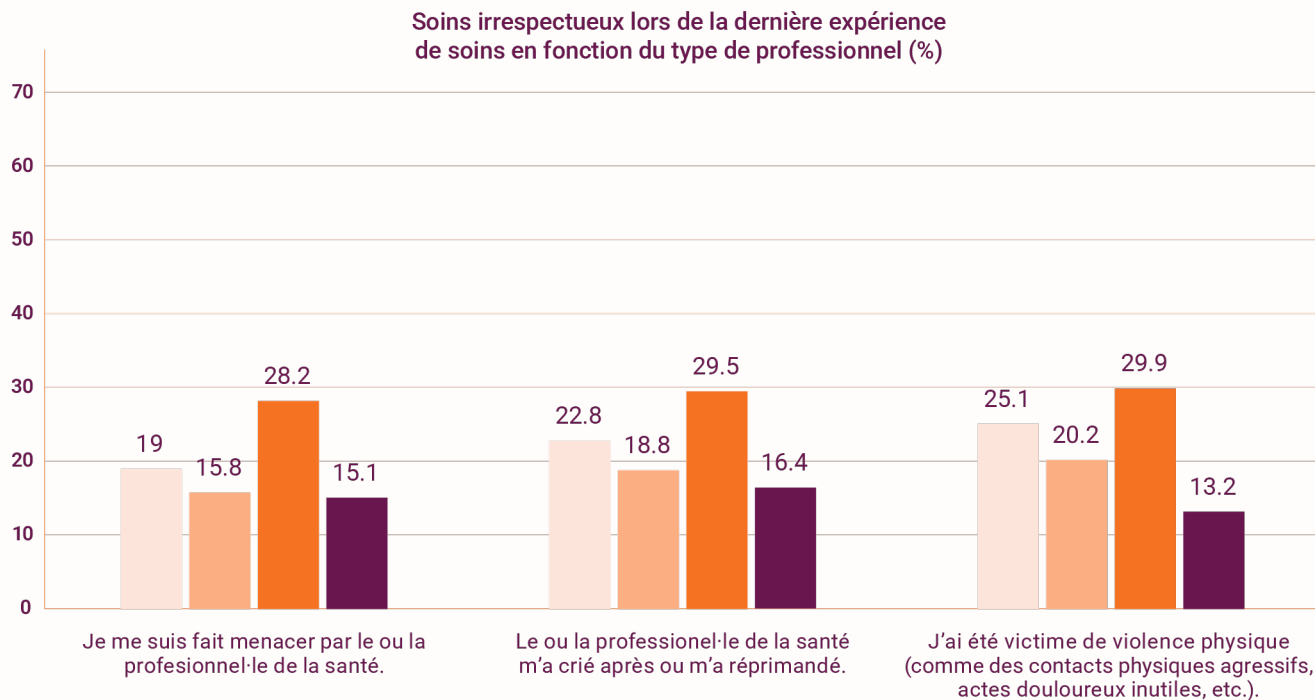
Figure 6. Soins irrespectueux lors de la dernière expérience de soins en fonction du type de professionnel-le (n = 1 173 – 1 187) (suite)



Note : Les catégories « Médecin spécialiste autre qu'obstétricien·ne-gynécologue » et « Autre » ont été exclues des analyses en raison de leur faible fréquence.

- Obstétricien·ne-gynécologue
- Médecin généraliste/médecin de famille
- Infirmier·ère ou infirmier·ère praticien·ne spécialisé·e (IPS)
- Sage-femme

Figure 6. Soins irrespectueux lors de la dernière expérience de soins en fonction du type de professionnel-le (n = 1 173 – 1 187) (suite)



Note : Les catégories « Médecin spécialiste autre qu'obstétricien·ne-gynécologue » et « Autre » ont été exclues des analyses en raison de leur faible fréquence.

- Obstétricien·ne-gynécologue
- Médecin généraliste/médecin de famille
- Infirmier·ère ou infirmier·ère praticien·ne spécialisé·e (IPS)
- Sage-femme

EXPÉRIENCES DE SOINS IRRESPECTUEUX ET APPARTENANCE À UN GROUPE MINORISÉ

À la lumière des écrits scientifiques ayant démontré que les groupes minorisés sont touchés de manière disproportionnée par des soins gynécologiques et obstétriques déshumanisants et discriminatoires (Aşci et Bal, 2023 ; Fuentes et al., 2022 ; Hemphill et al., 2023), les analyses ont également été effectuées en fonction de l'autoidentification à une minorité ethnique/raciale et linguistique.

Les personnes s'identifiant aux minorités ethniques/raciales étaient significativement plus susceptibles que les personnes blanches de rapporter avoir vécu tous les soins irrespectueux évalués avec le personnel soignant lors de leur dernière expérience de soins (voir Tableau 9). De plus, les minorités linguistiques étaient plus nombreuses que celles utilisant le français comme langue d'usage à avoir vécu l'ensemble des formes de soins irrespectueux évaluées lors de leur dernière expérience avec le personnel soignant, à l'exception de deux types d'interaction difficile (« le ou la professionnel-le de la santé n'a pas demandé ma permission afin que d'autres personnes [comme des étudiant-e-s ou des observateur-ric-e-s] puissent assister à mes soins » et « Le ou la professionnel-le de la santé n'a pas demandé ma permission pour qu'un-e étudiant-e m'examine ou réalise des procédures sur moi ») (voir Tableau 10).



Tableau 9. Soins irrespectueux reçus lors de la dernière expérience de soins en fonction de la race/appartenance ethnique (n = 658 – 1 259).

	Blanc·he		Racisé·e	
		%	χ^2	p
Le ou la professionnel·le de la santé m'ignorait ou parlait de moi comme si je n'étais pas là.	35,7	66,5	79,687	< ,001
Je me suis senti·e infantilisé·e ou ignoré·e par le ou la professionnel·le de la santé lorsque je me suis renseigné·e sur ma santé gynécologique.	43,7	69,9	56,279	< ,001
Je me suis senti·e négligé·e ou abandonnée par le ou la professionnel·le de la santé alors que j'avais besoin des soins.	45,1	67,2	39,777	< ,001
Le ou la professionnel·le de la santé a jugé mes pratiques sexuelles ou y a fait référence sur un ton moralisateur.	17,9	63,9	217,453	< ,001
Le ou la professionnel·le de la santé a tenu des propos impertinents sur mon physique, mes vêtements ou mon hygiène.	10,1	61,5	329,794	< ,001
Le ou la professionnel·le de la santé m'a dit que j'avais déjà trop d'enfants.	3,8	56,4	452,816	< ,001
Je me suis fait menacer par le ou la professionnel·le de la santé.	9,4	60,5	335,851	< ,001
Le ou la professionnel·le de la santé m'a crié après ou m'a réprimandé·e.	13,8	57,8	224,202	< ,001
J'ai été victime de violence physique (comme des contacts physiques agressifs, actes douloureux inutiles, etc.).	14,3	61,6	249,513	< ,001
Mes renseignements confidentiels ou personnels ont été divulgués sans mon consentement	2,8	25,0	127,278	< ,001
Le ou la professionnel·le de la santé est entré·e dans la pièce et m'a dénudé·e sans d'abord s'adresser à moi.	4,1	22,3	82,636	< ,001
On a réalisé sans mon consentement une intervention chirurgicale me rendant infertile (stérilisation).	1,4	18,8	99,889	< ,001
J'ai été forcé·e d'accepter un traitement ou une procédure autre qu'une stérilisation dont je ne voulais pas.	9,4	23,6	30,587	< ,001
J'ai été forcé·e de signer des documents juridiques me faisant consentir à des procédures que je ne désirais pas ou qui ne m'ont pas été expliquées.	3,1	23,2	95,968	< ,001
Le ou la professionnel·le de la santé n'a pas demandé ma permission afin que d'autres personnes (comme des étudiant·e·s ou des observateur·rice·s) puissent assister à mes soins.	38,2	50,0	8,410	,004
Le ou la professionnel·le de la santé n'a pas demandé ma permission pour qu'un·e étudiant·e m'examine ou réalise des procédures sur moi.	44,2	55,1	6,613	,010
Le ou la professionnel·le de la santé n'a pas demandé ma permission avant de procéder à un examen gynécologique ou lié à des zones intimes de mon anatomie.	25,1	43,4	29,244	< ,001

Tableau 10. Soins irrespectueux reçus lors de la dernière expérience de soins en fonction de la langue d'usage (n = 1 244 – 1 259).

	Français		Minorité linguistique	
		%	χ^2	p
Le ou la professionnel-le de la santé m'ignorait ou parlait de moi comme si je n'étais pas là.	36,9	64,4	59,761	< ,001
Je me suis senti-e infantilisé-e ou ignoré-e par le ou la professionnel-le de la santé lorsque je me suis renseigné-e sur ma santé gynécologique	44,7	67,7	40,247	< ,001
Je me suis senti-e négligé-e ou abandonnée par le ou la professionnel-le de la santé alors que j'avais besoin des soins	46,0	65,4	28,655	< ,001
Le ou la professionnel-le de la santé a jugé mes pratiques sexuelles ou y a fait référence sur un ton moralisateur	18,8	64,1	197,362	< ,001
Le ou la professionnel-le de la santé a tenu des propos impertinents sur mon physique, mes vêtements ou mon hygiène	11,3	60,9	286,039	< ,001
Le ou la professionnel-le de la santé m'a dit que j'avais déjà trop d'enfants	4,5	58,3	442,305	< ,001
Je me suis fait menacer par le ou la professionnel-le de la santé.	10,1	62,1	325,856	< ,001
Le ou la professionnel-le de la santé m'a crié après ou m'a réprimandé-e.	14,2	60,3	229,479	< ,001
J'ai été victime de violence physique (comme des contacts physiques agressifs, actes douloureux inutiles, etc.).	15,4	61,1	218,816	< ,001
Mes renseignements confidentiels ou personnels ont été divulgués sans mon consentement.	2,4	29,4	173,783	< ,001
Le ou la professionnel-le de la santé est entré-e dans la pièce et m'a dénudé-e sans d'abord s'adresser à moi.	3,9	25,7	107,456	< ,001
On a réalisé sans mon consentement une intervention chirurgicale me rendant infertile (stérilisation).	0,9	21,5	132,581	< ,001
J'ai été forcé-e d'accepter un traitement ou une procédure autre qu'une stérilisation dont je ne voulais pas.	8,9	26,8	45,658	< ,001
J'ai été forcé-e de signer des documents juridiques me faisant consentir à des procédures que je ne désirais pas ou qui ne m'ont pas été expliquées.	2,5	28,1	143,372	< ,001
Le ou la professionnel-le de la santé n'a pas demandé ma permission afin que d'autres personnes (comme des étudiant-e-s ou des observateur-ric-e-s) puissent assister à mes soins.	40,1	45,6	1,681	,195
Le ou la professionnel-le de la santé n'a pas demandé ma permission pour qu'un-e étudiant-e m'examine ou réalise des procédures sur moi.	45,5	52,5	2,574	,109
Le ou la professionnel-le de la santé n'a pas demandé ma permission avant de procéder à un examen gynécologique ou lié à des zones intimes de mon anatomie.	26,5	38,9	12,248	< ,001



FAITS SAILLANTS

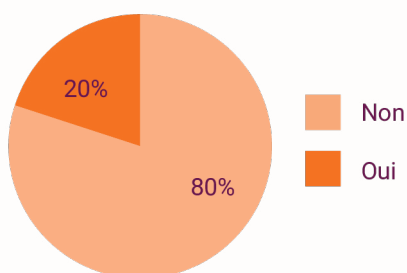
- Les personnes ayant reçu des soins par une sage-femme étaient moins susceptibles de rapporter des expériences de soins irrespectueux comparativement à celles suivies par d'autres types de professionnel-le-s.
- Les personnes s'identifiant à une minorité linguistique, ethnique ou raciale rapportaient plus fréquemment des soins irrespectueux, comparativement aux personnes blanches et à celles qui indiquaient le français comme langue d'usage.

EXPÉRIENCES PERÇUES DE DISCRIMINATION

Les personnes participantes ont partagé leurs perceptions sur des expériences de discrimination vécues lors des derniers soins gynécologiques ou obstétricaux reçus. Bien que minoritaires, ces expériences de discrimination touchent tout de même globalement une personne sur cinq (voir Figure 7), notamment en raison de son âge (29,2 %), de son poids (24,2 %), de son orientation sexuelle ou identité de genre (15,8 %) ou de la présence de troubles de santé mentale (13,0 %) (voir Tableau 11). Les formes de discrimination perçues consistaient le plus souvent à se faire traiter comme une personne moins intelligente ou apte que les autres (11,5 %) ou à devoir répondre à des questions déplacées, insultantes ou intrusives (9,6 %).

Figure 7. Expériences perçues de discrimination lors de la dernière expérience de soins (n = 1 218).

Lors de votre dernière consultation, avez-vous eu l'impression d'avoir été moins bien traité-e que les autres personnes pour diverses raisons?



Les personnes s'identifiant à une minorité ethnique/raciale ou linguistique étaient significativement plus susceptibles que les personnes blanches et les personnes rapportant le français comme langue d'usage d'indiquer avoir vécu de la discrimination ainsi que tous les comportements discriminatoires évalués de la part du personnel soignant lors de leur dernière expérience de soins (voir les Tableaux 4 et 5 à l'Annexe 5).

Tableau 11. Expériences perçues de discrimination lors de la dernière expérience de soins (n = 240 – 1 195).

Énoncés	Non % (n ¹)	Oui
Quelles sont, selon vous, les raisons pour lesquelles vous avez été moins bien traité-e?¹		
Poids ou masse corporelle	75,8 (182)	24,2 (58)
Âge	70,8 (170)	29,2 (70)
Orientation sexuelle ou identité de genre	84,2 (202)	15,8 (38)
Je suis célibataire	89,2 (214)	10,8 (26)
J'ai plusieurs partenaires	90,0 (216)	10,0 (24)
Appartenance ethnique, culturelle ou linguistique	90,8 (218)	9,2 (22)
Je suis autochtone	93,8 (255)	6,3 (15)
Un symbole culturel, traditionnel ou religieux que je porte	93,8 (225)	6,3 (15)
Maladie chronique	89,6 (215)	10,4 (25)
Éducation, profession ou revenu	87,5 (210)	12,5 (30)
Je suis neurodivergent-e	86,3 (207)	13,8 (33)
Séropositivité au VIH	95,0 (228)	5,0 (12)
Je suis réfugié-e ou immigrant-e	95,0 (228)	5,0 (12)
Le nombre d'enfants que j'ai	95,4 (229)	4,6 (11)
Ma santé mentale	87,0 (208)	13,0 (31)
Consommation de drogues ou antécédents de consommation	94,6 (227)	5,4 (13)
J'ai déjà été emprisonné-e ou incarcéré-e	95,0 (228)	5,0 (12)
Apparence ou habillement	90,4 (217)	9,6 (23)
L'identité de mon ou ma partenaire ou de ma personne de soutien	93,8 (225)	6,3 (15)
L'emploi/la profession de mon ou ma partenaire ou de ma personne de soutien	95,0 (228)	5,0 (12)
Je ne suis pas assuré-e par la RAMQ	97,5 (234)	2,5 (6)
Handicap physique	96,3 (231)	3,8 (9)
Autre	96,7 (232)	3,3 (8)
En raison de votre identité, avez-vous...		
Entendu ou vu d'autres personnes blaguer à votre sujet ou rire de vous ?	91,4 (1 082)	8,6 (102)
Été traité-e comme une personne hostile, inutile ou impolie ?	92,3 (1 096)	7,7 (92)
Été la cible de remarques négatives à cause de votre apparence ?	91,1 (1 079)	8,9 (105)
Été avisé-e de penser, agir ou paraître davantage comme les autres ?	90,9 (1 081)	9,1 (108)
Entendu dire que vous ou des gens comme vous n'êtes pas à votre place ?	93,3 (1 105)	6,7 (79)
Dû répondre à des questions déplacées, insultantes ou intrusives ?	90,4 (1 068)	9,6 (114)
Été traité-e comme si vous étiez moins intelligent-e ou apte que les autres ?	88,5 (1 058)	11,5 (137)

Note : ¹ Ces résultats n'incluent que les personnes participantes ayant indiqué avoir eu l'impression d'avoir été moins bien traité-e-s que les autres personnes.

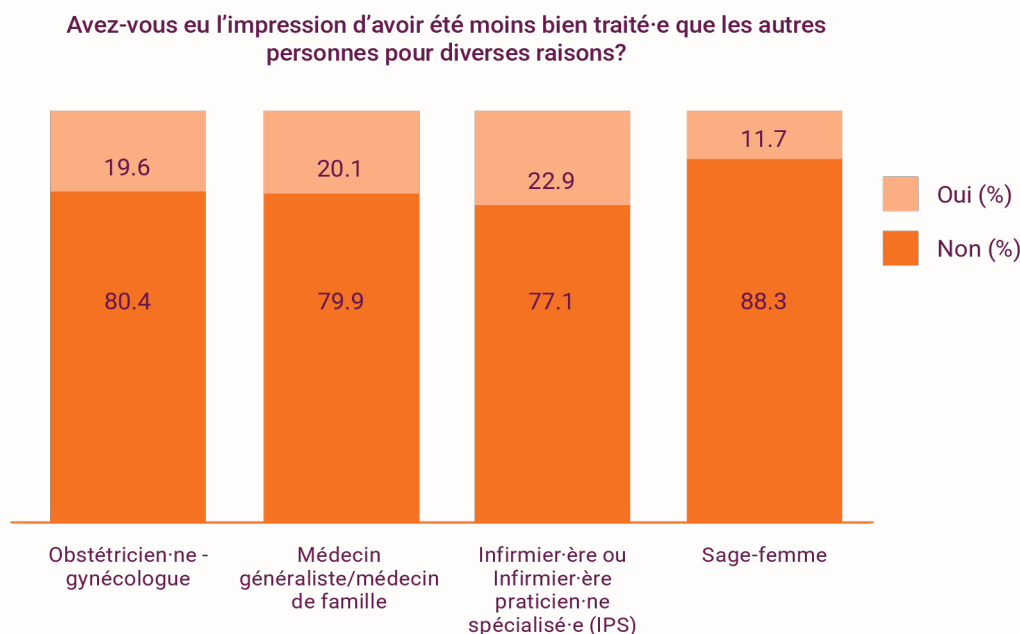
FAITS SAILLANTS

- Environ une personne participante sur cinq rapporte avoir vécu de la discrimination lors de sa dernière expérience de soins. Ce sont l'âge, le poids, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre ainsi que la présence de troubles de santé mentale qui sont le plus souvent perçus comme ayant motivé cette discrimination.
- Les personnes s'identifiant à une minorité linguistique, ethnique ou raciale sont significativement plus susceptibles de rapporter des expériences de discrimination par le personnel soignant.

DISCRIMINATION ET TYPES DE PROFESSIONNEL·LE·S

Lorsqu'on les questionne sur la présence de discrimination en fonction du type de professionnel·le·s impliqué·e·s dans les soins, c'est une personne sur cinq à une personne sur dix qui rapporte une expérience de discrimination (voir Figure 8).

Figure 8. Discrimination perçue en fonction du type de professionnel·le (n = 1 145).

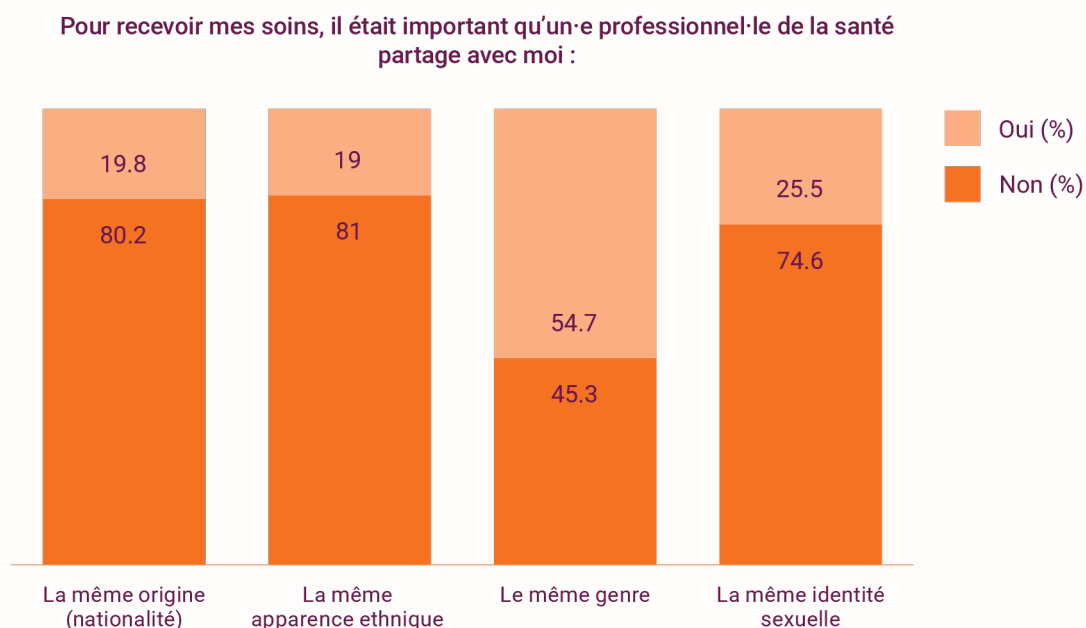


Les personnes participantes ayant rapporté avoir eu un·e infirmier·ère ou infirmier·ère praticien·ne spécialisé·e (IPS) lors de leur dernière expérience de soins étaient plus susceptibles que celles ayant indiqué avoir eu un autre type de professionnel·le de la santé d'avoir dû répondre à des questions déplacées, insultantes ou intrusives (voir le Tableau 6 à l'Annexe 5). Aucune autre différence n'a été trouvée dans les distributions de comportement discriminatoire perçue entre les différents types de professionnel·le·s de la santé.

ASPECTS INTERSECTIONNELS ET EXPÉRIENCES DE SOINS SÉCURISANTES

Nous avons sondé toutes les personnes participantes sur leurs préférences quant aux caractéristiques du personnel soignant. Dans un premier temps, elles ont été questionnées sur le partage de caractéristiques similaires avec le personnel soignant.

Figure 9. Importance attribuée aux caractéristiques partagées avec le ou la professionnel-le de la santé (n = 1 211 – 1 216).

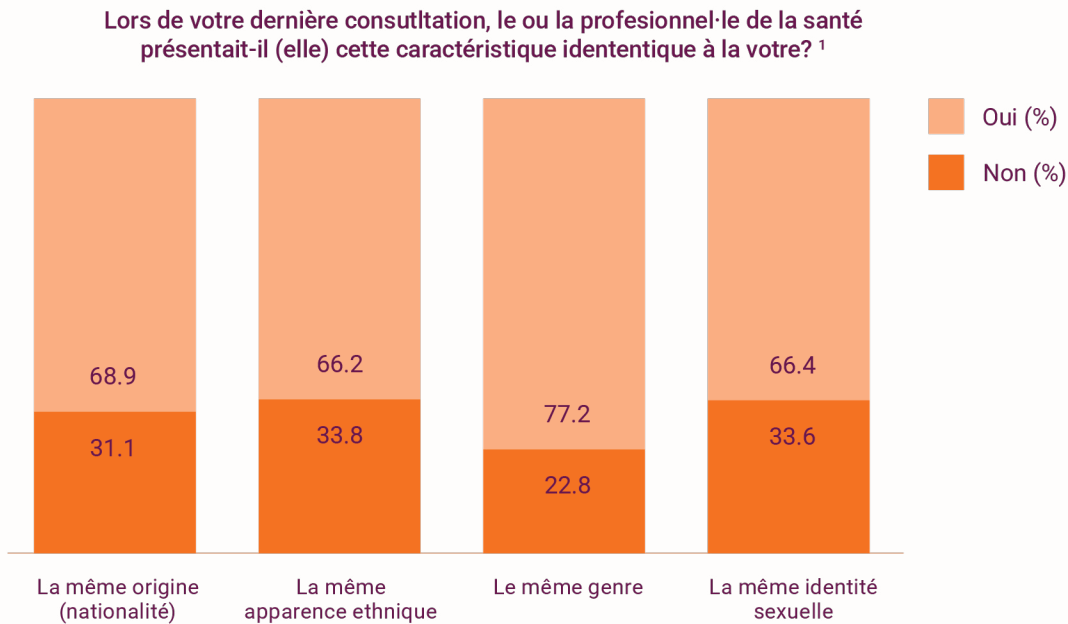


Parmi les personnes participantes pour qui il était important que le ou la professionnel-le de la santé partage avec elles les mêmes caractéristiques (n = 230 – 665), une minorité a indiqué ne pas avoir eu un-e professionnel-le partageant la même nationalité (31,1 %), la même appartenance ethnique (33,8 %), le même genre (22,8 %) et la même identité sexuelle qu'elles (33,6 %) (voir Figure 10).

Les analyses ont également montré que les personnes s'identifiant comme appartenant à une minorité ethnique/raciale (51,6 %) étaient plus susceptibles que les personnes non minorisées (10,5 %) de trouver qu'il était important que leur prestataire de soins partage la même appartenance ethnique qu'elles (voir le Tableau 7 à l'Annexe 6). Parmi les personnes pour lesquelles il était important que le ou la professionnel-le de la santé partage avec elle les mêmes caractéristiques, les personnes s'identifiant à une minorité ethnique/ raciale (46,8 %) étaient plus nombreuses que les personnes non minorisées (17,2 %) à ne pas avoir eu un-e prestataire de soins partageant la même appartenance ethnique qu'elles.

Les minorités de genre (75,6 %) étaient plus susceptibles que les femmes cisgenres (53,1 %) de trouver qu'il était important que leur prestataire de soins partage le même genre qu'elles. Cependant, parmi ces personnes participantes, les minorités de genre (78,0 %) étaient significativement plus susceptibles que les femmes cisgenres (17,7 %) de ne pas avoir été appariées avec un-e prestataire de soins partageant la même identité de genre qu'elles. Voir le Tableau 7 à l'Annexe 6 pour les résultats détaillés.

Figure 10. Caractéristiques partagées avec le ou la professionnel-le de la santé (n = 228 – 259).



Note : ¹ Ces résultats n'incluent que les personnes participantes ayant indiqué qu'il était important pour elles que le ou la professionnel-le de la santé partage la même caractéristique qu'elles.



FAITS SAILLANTS

- Les personnes s'identifiant à une minorité ethnique ou raciale étaient beaucoup plus nombreuses que les personnes non minorisées à juger important que leur prestataire de soins partage la même appartenance ethnique.
- Les personnes s'identifiant à une minorité ethnique ou raciale étaient significativement plus susceptibles de ne pas avoir eu accès à un-e prestataire partageant leur appartenance ethnique, malgré l'importance accordée à cette concordance.

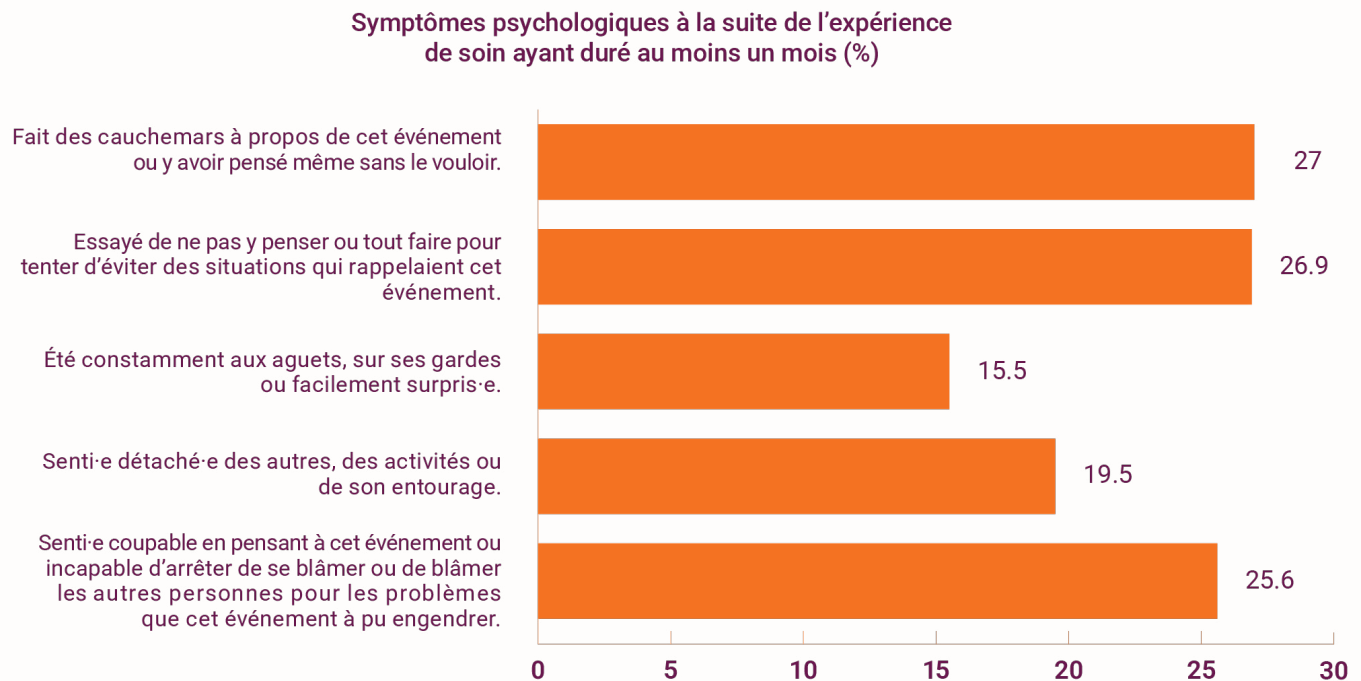
IMPACTS PERÇUS SUR LA SANTÉ

Cette section est consacrée aux impacts perçus des derniers soins obstétricaux et gynécologiques sur la santé psychologique, physique et sexuelle.

Près de la moitié de l'échantillon (47,7 %) a indiqué avoir consulté un·e professionnel·le de la santé au sujet de sa santé émotionnelle ou mentale au cours des 12 derniers mois, dont 28,3 % étaient pour une raison liée aux expériences de soins sondées. Nonobstant la raison de consultation, la majorité des participant·e·s ayant consulté au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale a consulté entre 1 et 5 fois (41,7 %), suivi de 6 à 10 fois (28,3 %) et de 11 à 20 fois (16,8 %). Une minorité (12,2 %) a consulté 21 fois et plus.

Un nombre minoritaire mais malgré tout considérable de participant·e·s a rapporté des symptômes psychologiques s'étant manifestés durant au moins un mois à la suite de leur dernière expérience de soins. Les difficultés psychologiques les plus rapportées étaient d'avoir fait des cauchemars à propos de cet événement ou y avoir pensé sans le vouloir (27,0 %), d'avoir essayé de ne pas y penser ou avoir tout fait pour éviter des situations qui rappelaient cet événement (26,9 %) et de s'être senti·e coupable en pensant à cet événement ou incapable d'arrêter de se blâmer ou de blâmer les autres personnes pour les problèmes que cet événement a pu engendrer (25,6 %) (voir Figure 11).

Figure 11. Présence de symptômes psychologiques à la suite de l'expérience de soin ayant duré au moins un mois (n = 1 170).

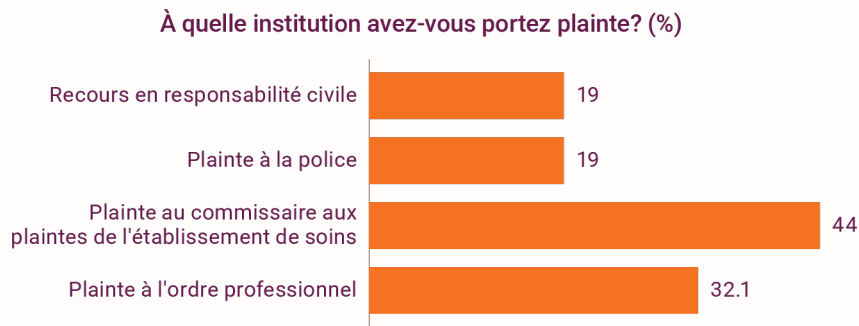


À la suite de leur expérience de soins, plusieurs personnes participantes ont rapporté avoir rencontré des difficultés à accomplir leurs tâches quotidiennes, souvent ou parfois pour des raisons d'anxiété (24,7 %), de tristesse (23,9 %), ou de troubles du sommeil (24,0 %). En outre, 25 % des personnes participantes ont indiqué que leurs derniers soins ont eu un impact négatif sur la qualité de leur vie sexuelle.

PLAINTES ET RECOURS

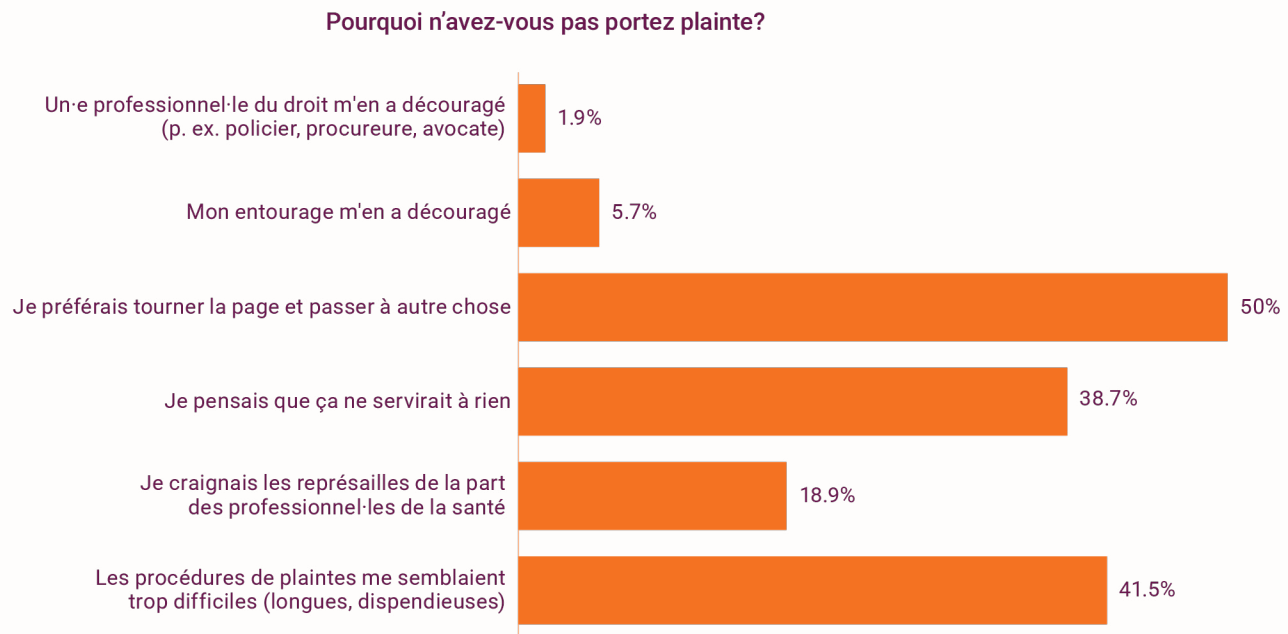
Les personnes participantes ont été sondées quant à leurs intentions et actions liées aux plaintes et aux recours en lien avec les expériences de soins vécues. Alors qu'une proportion non négligeable (14,9 %) a souhaité porter plainte ou entreprendre un recours judiciaire, ce sont finalement 44,2 % d'entre elles qui ont poursuivi ces actions, soit 84 personnes. Les plaintes ont majoritairement été effectuées auprès des commissaires aux plaintes des établissements de soins (44,0 %) et aux ordres professionnels (32,1 %). C'est tout de même près d'une personne sur 5 qui a porté plainte à la police ou intenté un recours en responsabilité civile.

Figure 12. Institutions auxquelles les personnes participantes ont porté plainte (n = 84).



Parmi les gens qui n'ont pas poursuivi leurs démarches avec le processus de plainte ou les recours en responsabilité civile, les raisons invoquées pour expliquer ce désistement sont le désir de tourner la page et de passer à autre chose (50,0 %), la perception que les procédures de plaintes sont trop difficiles (41,5 %) ou encore la croyance que cela ne servirait à rien (38,7 %). Les personnes participantes pouvaient identifier plus d'une raison.

Figure 13. Raisons rapportées pour ne pas avoir porté plainte (n = 106).

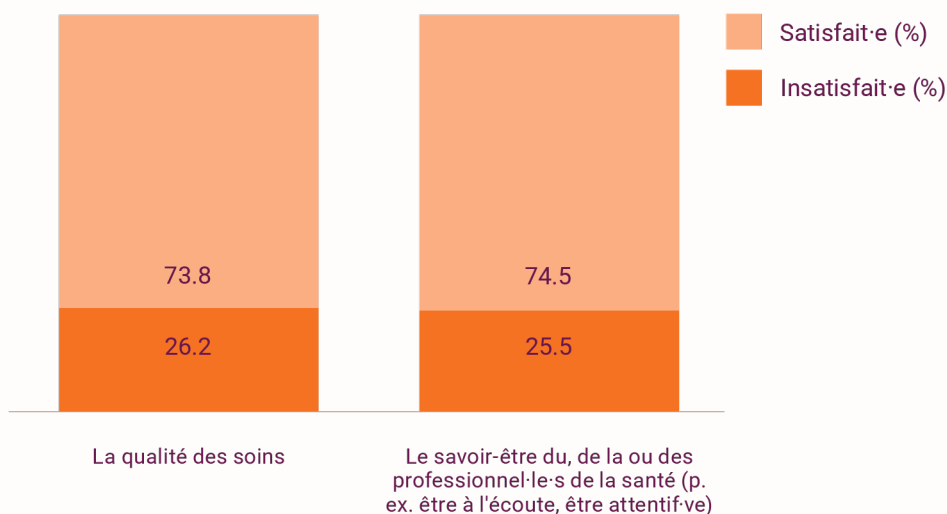


CONFIANCE ENVERS LE SYSTÈME DE SANTÉ

La présente section fait état des résultats globaux concernant la confiance des participant·e·s de l'échantillon envers le système de santé.

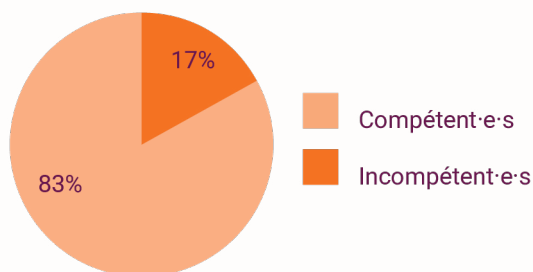
À la suite de leur dernière expérience de soins, la plupart des personnes participantes se sentaient satisfaites de la qualité des soins (73,8 %) et du savoir-être du ou de la professionnel·le de la santé (74,5 %) (voir Figure 14).

Figure 14. Qualité des soins et savoir-être du ou de la professionnel·le de la santé (n = 1 184 – 1 186).



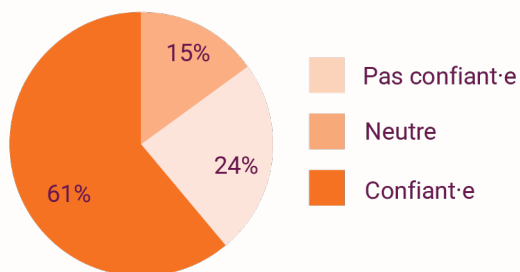
De plus, 82,6 % de l'échantillon avait jugé que le ou la professionnel·le de la santé ayant administré les soins était compétent·e.

Figure 15. La compétence du, de la ou des professionnel·le·s de la santé (n = 1 186).



Néanmoins, seulement 61,1 % ont rapporté avoir confiance dans le système de soins de santé québécois.

Figure 16. Niveau de confiance envers le système de soins de santé au Québec (n = 1 189).



paroles

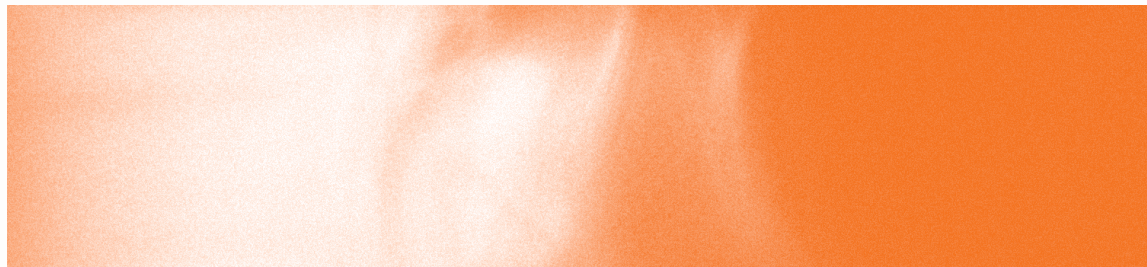
Principales limites de l'étude

PRINCIPALES LIMITES DE L'ÉTUDE

Les résultats dans ce rapport doivent être interprétés en tenant compte de certaines limites. Premièrement, comme les résultats sont fondés sur un échantillon de convenance, ils ne sont pas forcément représentatifs de la population québécoise et donc généralisable à cette dernière. Les résultats sont également sujets à un biais de sélection, les personnes ayant vécu des expériences de soins négatives étant potentiellement plus motivées à participer que celles ayant eu des expériences positives ou satisfaisantes. Par conséquent, il est possible que les fréquences de soins irrespectueux et de discrimination rapportées dans ce rapport soient plus élevées que les prévalences réelles au sein de la population.

De plus, malgré les efforts déployés pour atteindre et recruter un échantillon diversifié, le présent échantillon était relativement homogène et principalement composé de femmes cisgenres, hétérosexuelles, blanches, francophones et ayant un niveau d'éducation élevé. Par conséquent, les résultats pourraient ne pas être généralisables aux groupes marginalisés en contexte québécois.

Enfin, la nature transversale de l'étude ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les associations observées. Une étude longitudinale serait nécessaire pour élucider la directionnalité et la causalité de ces relations.



paroles

Pistes de recherches futures

PISTES DE RECHERCHE FUTURES

Plusieurs pistes de recherche restent à explorer. Étant donné le caractère encore relativement récent de ce champ de recherche au Québec, de nombreuses études sont nécessaires pour documenter de manière rigoureuse ce phénomène, selon différents points de vue et auprès de groupes variés. Une première avenue consisterait à constituer des bases de données populationnelles représentatives des soins gynécologiques et obstétricaux récemment dispensés au Québec. Des études longitudinales prospectives pourraient ensuite examiner de façon plus ciblée les effets de ces soins sur la santé, le bien-être et l'utilisation ultérieure des services, en stratifiant les analyses selon les types de soins reçus, allant de soins centrés sur la patientèle à des soins déshumanisants et violents. L'exploration des dimensions systémiques des soins de santé apparaît également essentielle pour mieux saisir les facteurs qui facilitent la prestation de soins centrés sur la patientèle et pour repérer les obstacles à leur mise en œuvre et à leur pérennisation dans les domaines de la gynécologie et de l'obstétrique. Enfin, des recherches qualitatives portant sur les expériences du personnel soignant et de la patientèle sont cruciales pour approfondir la compréhension des expériences de soins de santé sexuelle et reproductive dans divers contextes, notamment à la suite d'une agression sexuelle, en contexte de minorisation ou encore en situation d'incarcération, entre autres.



paroles

Conclusion

CONCLUSION

Le projet PAROLES met en lumière les expériences de soins gynécologiques et obstétricaux au Québec. Si une majorité de personnes rapportent des interactions initialement positives avec le personnel soignant, l'analyse des données révèle également des lacunes interpersonnelles et systémiques qui compromettent l'humanisation des soins.

Les résultats soulignent que le respect des droits fondamentaux, notamment le consentement libre et éclairé et l'autonomie décisionnelle, demeure fragile. Près de la moitié des personnes sondées se sont senties obligées d'accepter des interventions médicales, et un tiers d'entre elles ont dû argumenter fermement pour faire respecter un refus de traitement. Ces obstacles peuvent être exacerbés par des enjeux structurels tels que la pénurie de professionnel·le·s de la santé et les délais d'attente, qui limitent la capacité des patient·e·s à consulter le prestataire de leur choix.

Les analyses ont également démontré que les expériences de soins irrespectueux, de discrimination et de négligence ne sont pas vécues de manière uniforme. Les personnes issues de minorités linguistiques, ethniques ou de la diversité sexuelle et de genre sont significativement plus susceptibles de rapporter avoir reçu des soins déshumanisants. Bien que le devis transversal de cette recherche ne permette pas d'établir un lien de causalité entre les expériences de soins et la santé mentale des personnes participantes, plusieurs d'entre elles ont rapporté des symptômes psychologiques et un amoindrissement de leur bien-être sexuel et émotionnel à la suite de leur expérience de soins la plus récente. Plusieurs personnes ont également indiqué ne pas faire confiance au système de santé québécois à la suite de leur expérience de soins.

En conclusion, ce premier volet du projet PAROLES appelle à un examen et une transformation des pratiques cliniques et organisationnelles. L'optimisation des soins pourrait, par exemple, passer par un renforcement du respect des droits et de l'autonomie des patient·e·s ainsi que la mise en œuvre de formations obligatoires sur la sensibilisation culturelle et les soins inclusifs pour le personnel soignant. L'implication de la patientèle selon les principes du modèle de Montréal (Côté, 2024 ; Flora et al., 2015) aux différentes étapes de la consultation de soin et du plan de traitement apporterait certainement des retombées positives dans les soins de santé, la confiance envers le personnel soignant et plus globalement le système de soins de santé. Ces modifications ne sauraient toutefois se dérouler sans une réévaluation critique et rigoureuse des structures d'accès pour garantir une équité de soins à toutes les populations, indépendamment de leur statut migratoire ou de leur identité.



paroles

Références

RÉFÉRENCES

- Aşci, Ö., & Bal, M. D. (2023). The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: A cross-sectional study. *Midwifery*, 124, 103766. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103766>
- Cote, C. I. (2024). A critical and systematic literature review of epistemic justice applied to healthcare: Recommendations for a patient partnership approach. *Medicine, Health Care, and Philosophy*, 27(3), 455–477. <https://doi.org/10.1007/s11019-024-10210-1>
- Flora, L., Pomey, M.-P., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model »: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, S1(HS), 41–50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.004>
- Fuentes, F. F. A., Arteaga, E., & San Sebastián, M. (2022). Social inequalities in women exposed to obstetric and gynecologic violence in Ecuador: A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 22(1), 419. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01998-2>
- Gonin, A., Levesque, S., Lesperance, P., Dubois, C., & Rodrigue, M. (2025). Contraceptive practices in Quebec in relation to immigration: A cross-sectional analysis of data from the Quebec Population Health Survey. *Can J Public Health*, 183–196. <https://doi.org/10.17269/s41997-025-01018-4>
- Gonin, A., Zennia, S., Lespérance, P., St-Pierre, M.-A., & Rodrigue, M. (2022). Accès aux soins de santé reproductive en contexte migratoire : Parcours de femmes immigrantes souhaitant exercer un contrôle sur leur fécondité au Québec. *Enfances Familles Générations*, 41. <http://journals.openedition.org/efg/15230>
- Hakimi S, Allahqoli L, Alizadeh M, et al. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet*, 169, 1012-1024. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16145>
- Hemphill, N. O., Crooks, N., Zhang, W., Fitter, F., Erbe, K., Rutherford, J. N., ... & Koenig, M. D. (2023). Obstetric experiences of young black mothers: An intersectional perspective. *Social Science & Medicine*, 317. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115604>
- International confederation of Midwives. (2025). *Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme*. <https://internationalmidwives.org/fr/resources/philosophie-et-modele-de-soins-de-pratique-sage-femme/>
- Levesque, J. F., Breton, M., Senn, N., Levesque, P., Bergeron, P., & Roy, D. A. (2013). The interaction of public health and primary care: functional roles and organizational models that bridge individual and population perspectives. *Public Health Reviews*, 35(1), 14. <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux (1971).
- Régis, C., & Savard, A.-M. (2010). L'accès aux soins et aux médicaments au Québec ; entre l'idéal et la réalité. *Revue de droit. Université de Sherbrooke*, 40(1-2), 269-303. <https://doi.org/10.17118/11143/10452>
- Regroupement provincial des comités des usagers. (2026). <https://rpcu.qc.ca/vos-droits/les-12-droits-des-usagers/>

paroles

Annexes

ANNEXE 1

Articles empiriques découlant du projet PAROLES

1. Ammar, R., Lévesque, S, Boucoiran, I., Medvetskaya, A., Jean-Thorn, A., et Godbout, N. (2025). The impact of immigration status on the experience of obstetric care in Quebec. *Journal of Immigrant and Minority Health*. <https://doi.org/10.1007/s10903-025-01809-4>

Résumé :

Une étude transversale a été menée auprès de personnes ayant reçu des soins obstétricaux au Québec entre 2016 et 2023. Les personnes participantes, recrutées principalement par les médias sociaux, ont rempli un questionnaire en ligne entre juillet et décembre 2023. Les expériences de soins obstétricaux – incluant l'autonomie, mesurée par l'échelle MADM (Mothers' Autonomy in Decision Making), la maltraitance évaluée à l'aide de l'indice MIST (Pregnant Persons' Experience of Mistreatment by Providers Index), la discrimination, l'accès aux soins et la satisfaction à l'égard des compétences interpersonnelles des prestataires – ont été comparées entre les personnes immigrantes et celles nées au Canada.

Parmi les 686 personnes répondantes, 11,2 % étaient des immigrantes, dont 69,0 % avaient un statut permanent et 14,3 % un statut temporaire. Aucune différence significative n'a été observée sur l'échelle MADM entre les personnes immigrantes et celles nées au Canada ($p = 0,903$), mais les personnes immigrantes ayant un statut temporaire étaient 9,25 fois plus susceptibles de présenter un faible niveau d'autonomie (IC[95 %] = 1,06 – 80,77) comparativement aux personnes nées au Canada, après ajustement pour les variables confusionnelles. Aucune différence significative n'a été rapportée entre les groupes sur l'indice MIST, bien qu'au moins un comportement irrespectueux ait été rapporté par 28,6 % des personnes immigrantes et 35,8 % des personnes nées au Canada ($p = 0,172$). De même, parmi les personnes immigrantes, 2,6 % ont indiqué avoir été traitées moins favorablement en raison de leur origine ethnique, culturelle ou linguistique, contre 1,5 % des personnes nées au Canada ($p = 0,09$), et 9,1 % des personnes immigrantes ont dû payer personnellement pour leurs soins obstétricaux, comparativement à 4,4 % des personnes nées au Canada ($p = 0,173$).

Cette étude met en lumière le statut migratoire comme facteur de différenciation clé dans l'expérience des soins obstétricaux, révélant une autonomie moindre parmi les immigrantes au statut temporaire, tandis qu'aucune différence significative n'a été observée entre les immigrantes permanentes et les personnes nées au Canada.

2. Lévesque, S., Jean Thorn, A., Toupin, A., Boucoiran, I., Godbout, N., Blanchard, M.-È., et Landry, S. (2026). Patients' experiences of obstetric and gynaecological care in Québec: Interactions with healthcare providers, respect of rights, satisfaction, and trust in the healthcare system. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. <https://doi.org/10.1080/21642850.2026.2622164/>

Résumé :

Les soins obstétricaux et gynécologiques jouent un rôle crucial dans la santé physique et psychologique, mais de nombreuses études internationales signalent des expériences négatives, voire déshumanisantes, dans ce domaine de soins. Cette étude examine les interactions entre patient·e·s et prestataires, le respect des droits des patient·e·s, la mesure dans laquelle leurs besoins sont satisfaits, ainsi que l'impact de ces éléments sur la satisfaction à l'égard des traitements reçus et sur la confiance envers le système de santé. Le projet PAROLES repose sur un questionnaire auto-rapporté diffusé en ligne de juillet 2023 à janvier 2024. L'échantillon comprend 1 490 répondant·e·s ayant rapporté 1 599 expériences récentes de soins obstétricaux et gynécologiques, et des analyses descriptives ainsi que des régressions linéaires ont été réalisées.

De manière générale, les interactions entre patient·e·s et prestataires de soins sont perçues positivement, mais des lacunes importantes apparaissent concernant la satisfaction des besoins en matière de prise de décision partagée et le respect des droits. Bien que les patient·e·s se déclarent relativement satisfait·e·s de leurs soins, une méfiance considérable envers le système de santé est observée. La satisfaction des besoins liés à la prise de décision partagée et le respect des droits sont associés à la satisfaction globale et à la confiance dans le système de santé. Les résultats mettent en évidence d'importantes insuffisances dans les soins obstétricaux et gynécologiques au Québec et montrent que l'optimisation des interactions entre patient·e·s et prestataires passe par un respect accru des droits des patient·e·s afin de mieux répondre à leurs besoins.

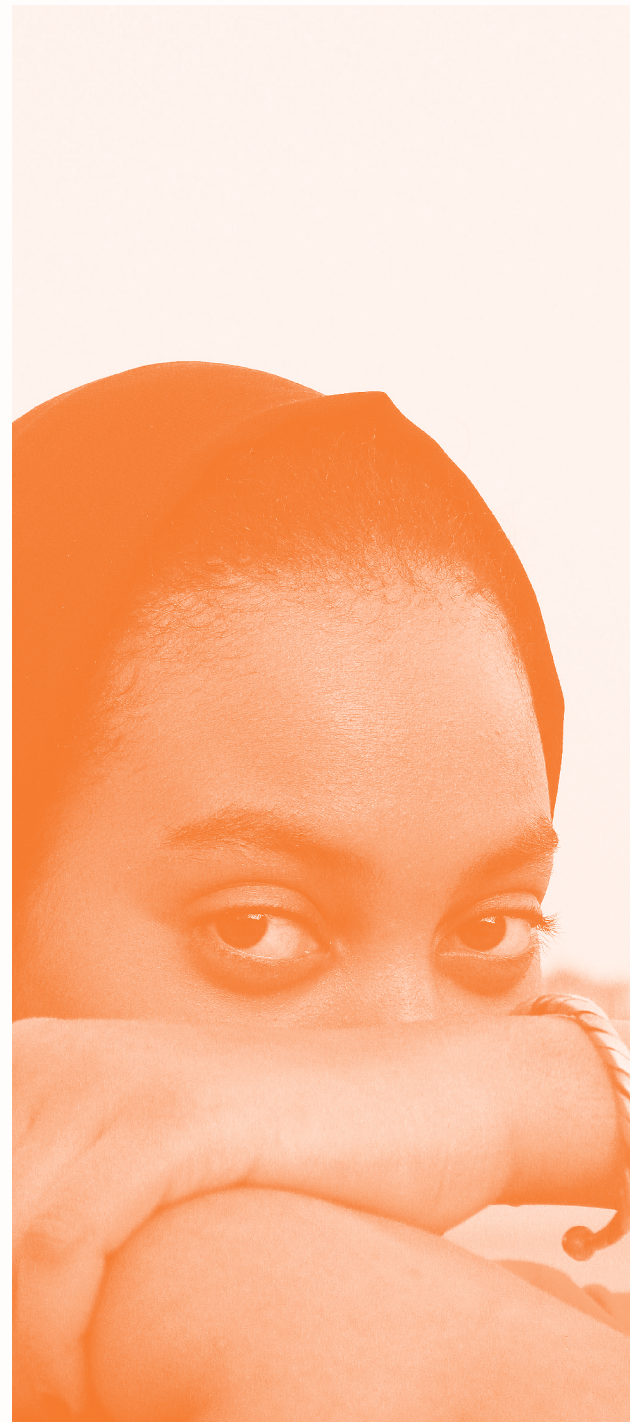
3. Séguin, L., Lévesque, S., Jean Thorn, A., Boucoiran, I., Landry, S., et Godbout, N. (soumis, novembre 2025). Recent obstetrical and gynecological care experiences and their sociodemographic and mental health correlates: A latent class analysis. *Women's Health*.

Résumé :

Des soins obstétricaux et gynécologiques de haute qualité sont essentiels à la santé physique, psychologique et sexuelle. Cependant, la recherche a mis en évidence des patrons de soins déshumanisants et discriminatoires, qui touchent de manière disproportionnée les groupes marginalisés et peuvent causer des préjudices durables.

La présente étude visait à (1) identifier des profils d'interactions récentes entre patient·e·s et prestataires en obstétrique et en gynécologie au Québec (Canada), et (2) examiner leurs liens avec les caractéristiques sociodémographiques, la santé mentale et le bien être sexuel. Un échantillon communautaire (n = 1 490) ayant reçu des soins gynécologiques ou obstétricaux au cours des sept dernières années au Québec a rempli un questionnaire en ligne sondant les caractéristiques sociodémographiques, des indicateurs de santé mentale et de bien être sexuel, ainsi que la survenue de soins violents ou irrespectueux de la part du personnel soignant, la discrimination perçue et l'autonomie décisionnelle lors de la plus récente expérience de soins.

Les analyses de classes latentes ont mis en évidence une solution à quatre classes : la classe des soins humanisants (39,7 %) se caractérisait par une grande autonomie décisionnelle et l'absence de maltraitance et de discrimination perçue. La classe des soins sous-optimaux (30,7 %) présentait une autonomie modérée avec négligence de la part des prestataires, mais sans discrimination ni agressions de leur part. Les soins déshumanisants (17,7 %) et les soins infantilisants (11,8 %) impliquaient discrimination et négligence, les premiers s'accompagnant en outre de jugements, d'agressions et d'atteintes aux droits, et les seconds d'une faible autonomie, mais sans agressions du personnel soignant. Les participant·e·s de la classe des soins déshumanisants étaient les plus jeunes, les plus susceptibles d'être socialement marginalisé·e·s (p. ex. diversité de genre et sexuelle, personnes racisées, moins scolarisées) et de rapporter une santé mentale fragile et un bien-être sexuel faible. Les participant·e·s de la classe des soins humanisants étaient, globalement, plus âgé·e·s, s'identifiaient comme cis hétérosexuel·le·s, et étaient les moins susceptibles de rapporter une faible santé mentale. Les classes des soins sous-optimaux et des soins infantilisants comprenaient davantage de personnes s'identifiant comme appartenant à la diversité de genre et sexuelle, et étaient susceptibles de rapporter des niveaux modérés de santé mentale et de bien être sexuel. Cette étude met en lumière la maltraitance systémique dans les soins médicaux et appelle à des réformes structurelles, notamment des formations sur le racisme et la mise en œuvre de pratiques inclusives et culturellement compétentes en gynécologie et en obstétrique.



ANNEXE 2

INSTRUMENTS DE MESURE

VARIABLES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Les participant·e·s étaient invité·e·s à fournir diverses informations sociodémographiques, dont l'âge, le pays de naissance, le sexe assigné à la naissance, le genre, l'orientation sexuelle, le niveau d'éducation et la situation économique.

ACCÈS AUX SOINS

Afin de mesurer l'accessibilité des soins, nous avons demandé aux personnes participantes quel type de professionnel·le de la santé leur avait administré des soins lors de leur dernière consultation (obstétricien·ne-gynécologue ; médecin généraliste/de famille ; médecin spécialiste autre qu'obstétricien·ne-gynécologue ; infirmier·ère ; infirmier·ère praticien·ne spécialisé·e ; sage-femme ; autre), ainsi que si elles ont pu trouver le type de professionnel·le de la santé de leur choix lors de leur dernière consultation (oui ; non). Les personnes ayant répondu « non » à cette dernière question ont dû sélectionner, parmi une liste prédéterminée, les raisons pour lesquelles elles n'ont pas pu trouver un type de professionnel de leur choix (p. ex. : temps d'attente trop long, coûts trop élevés).

Nous avons également demandé aux personnes participantes s'il était important pour elles qu'un·e professionnel·le de la santé partage avec elles la même appartenance ethnique, la même nationalité, le même genre et la même identité sexuelle (oui ; non) et si elles avaient été appariées avec un·e professionnel·le de la santé partageant chacune de ces caractéristiques lors de leur dernière consultation (oui ; non).

Enfin, une question portait sur le mode principal de paiement lors de la dernière expérience de soins (RAMQ ; assurances collectives ; de sa propre poche).

EXPÉRIENCES DE SOINS

Prise de décisions

Le Mother's Autonomy in Decision Making Scale (MADM ; 7 énoncés ; Vedam et al., 2017a) a été utilisé pour mesurer le degré auquel les patient·e·s dirigent la prise de décisions, disposent suffisamment de temps pour considérer leurs options et voient leurs choix respectés par le personnel soignant (p. ex. : « Le ou la professionnel·le m'a dit qu'il existe plusieurs options de traitement ou d'intervention pour mon problème » ; « J'ai pu choisir les options de soins qui me semblaient les meilleures »). Les réponses allaient de 1 – Totalemment en désaccord à 6 – Totalemment d'accord. Pour les besoins du présent rapport, les réponses des participant·e·s à chacun de ces énoncés ont été dichotomisées (0 – Pas d'accord ; 1 – D'accord).

Refus de traitement et réactions du ou de la professionnel·le soignant·e

Nous avons demandé aux personnes participantes si elles avaient refusé des tests, des médicaments ou des procédures qui leur avaient été proposés lors de leur dernière consultation (oui ; non). En l'occurrence, les personnes participantes devaient indiquer si, oui ou non, le personnel soignant avait réagi d'une manière donnée face à ce refus (8 énoncés ; p. ex. : « la ou le professionnel·le de la santé a accepté ma décision, mais j'ai dû argumenter » ; « On a tenté de faire en sorte que ma famille me convainque jusqu'à ce que j'accepte »).

Soins respectueux

Le Mothers on Respect index (MOR ; Vedam et al., 2017b) a été utilisé pour évaluer le degré de confort et de respect perçu lors de la dernière consultation (5 énoncés ; p. ex. : « Je me sentais à l'aise de poser des questions » ; « J'ai choisi les soins que j'ai reçus »). Les personnes participantes indiquant ne pas avoir pu poser toutes leurs questions lors de leur dernière consultation étaient priées d'indiquer leur accord avec cinq raisons possibles (p. ex. : « Je sentais qu'elle ou il n'accordait pas d'importance à mon opinion » ; « J'avais peur qu'elle ou il me trouve stupide »). Les participant·e·s pouvaient répondre aux énoncés sur une échelle Likert allant de 1 – Totallement en désaccord à 6 – Totallement d'accord. Pour les besoins du présent rapport, les réponses des participant·e·s à chacun des énoncés ont été dichotomisées (0 – Pas d'accord ; 1 – D'accord).

Interactions positives avec le personnel soignant

Les participant·e·s devaient compléter une échelle à sept items portant sur les interactions avec les prestataires de soins. Cette échelle a été inspirée et adaptée du projet RESPCCT (Vedam, Birth Place Lab). Les participant·e·s pouvaient répondre aux énoncés sur une échelle Likert allant de 1 – Totallement en désaccord à 6 – Totallement d'accord. Les réponses des participant·e·s à chacun de ces énoncés ont été dichotomisées (0 – Pas d'accord ; 1 – D'accord).

Soins irrespectueux

Quatorze énoncés du Pregnant Persons Experience of Mistreatment by Providers Index (MIST ; Vedam et al., 2019) ont été utilisés pour mesurer les expériences de soins irrespectueux lors de la dernière consultation (p. ex. : « Je me suis fait menacer par le ou la professionnel·le de la santé » ; « Le ou la professionnel·le de la santé m'a dit que j'avais déjà trop d'enfants »). Les réponses variaient de 1 – Jamais à 5 – Tout le temps. Les réponses des participant·e·s à ces énoncés ont été dichotomisées (0 – Non ; 1 – Oui).

EXPÉRIENCES PERÇUES DE DISCRIMINATION

Les expériences perçues de discrimination lors de la dernière expérience de soins ont été évaluées à l'aide de la question « Lors de votre dernière consultation, avez-vous eu l'impression d'avoir été moins bien traité·e que les autres personnes pour diverses raisons ? » (oui ; non). Les personnes ayant répondu « oui » ont été invitées à sélectionner, parmi une liste de 23 options, les raisons pour lesquelles elles ont été moins bien traitées (p. ex. : « mon poids ou ma masse corporelle » ; « mon âge » ; « mon orientation sexuelle »). Les participant·e·s ont également sélectionné, parmi une liste de 7 options, les comportements discriminatoires qu'elles ont subis de la part de leur prestataire de soins (p. ex. : « En raison de votre identité, avez-vous... entendu ou vu d'autres personnes blaguer à votre sujet ou rire de vous ? » ; « entendu dire que vous ou des gens comme vous n'êtes pas à votre place ? »).

IMPACTS PERÇUS SUR LA SANTÉ

Afin d'évaluer les impacts perçus des soins irrespectueux sur la santé, nous avons demandé aux personnes participantes si, au cours des 12 derniers mois, elles ont vu ou consulté un·e professionnel·le de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale (oui ; non) et, si oui, quel type de professionnel a été consulté (p. ex. : psychologue ou psychothérapeute ; médecin de famille), à quelle fréquence (1 – 1 à 5 fois à 5 – 31 fois ou plus) et si la raison de cette ou ces consultations était liée à leur expérience des services obstétricaux ou gynécologiques reçus (oui ; non).

L'échelle Primary Care PTSD (PC-PTSD) à 5 énoncés a été utilisée pour mesurer les symptômes de stress post-traumatique (p. ex. : « À la suite de vos soins ET pendant au moins 1 mois... avez-vous fait des cauchemars sur cet événement ou y pensiez-vous même sans vouloir y penser ? » ; « vous êtes-vous senti·e détaché·e des autres, des activités ou de votre entourage ? » ; Cameron et Gusman, 2003). Les réponses étaient dichotomiques (0 – Non ; 1 – Oui).

Les symptômes psychologiques ont été évalués à l'aide de trois items (« Suite à mes derniers soins obstétricaux ou gynécologiques... j'ai ressenti de l'anxiété/de la tristesse/des troubles du sommeil à un degré tel que j'ai eu des difficultés à accomplir mes tâches quotidiennes »). Les réponses possibles allaient de 0 – Non à 3 – Souvent, puis ont été dichotomisées (0 – Non ; 1 – Oui). Ces énoncés ont été adaptés de ceux utilisés dans des enquêtes épidémiologiques nationales afin d'évaluer la présence des principaux symptômes d'anxiété, de dépression/tristesse et de troubles du sommeil, ainsi que leur impact fonctionnel sur une période donnée (Statistiques Canada, 2016).

Enfin, une question a évalué l'impact des derniers soins obstétricaux ou gynécologiques reçus sur la qualité de vie sexuelle. Les participant·e·s pouvaient répondre à cet énoncé sur une échelle Likert allant de 1 – Fortement en désaccord à 6 – Fortement d'accord. Les réponses des participant·e·s ont été dichotomisées (0 – Non ; 1 – Oui).

ÉVALUATIONS DE L'EXPÉRIENCE GLOBALE ENVERS LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

Trois énoncés ont évalué la satisfaction globale des services professionnels reçus au niveau de (1) la qualité des soins, (2) le savoir-être du professionnel de la santé et (3) la compétence du professionnel de la santé. Pour chaque énoncé, les participant-e-s pouvaient répondre sur une échelle Likert allant de 1 – Fortement insatisfaisant/Incompétent-e à 6 – Fortement satisfaisant/Compétent-e. Les réponses des participant-e-s à chacun de ces énoncés ont été dichotomisées (0 – Insatisfaisant-e/Incompétent-e ; 1 – Satisfaisant-e/Compétent-e). Un quatrième énoncé a mesuré la confiance envers le système de santé québécois, les réponses possibles variant de 1 – Pas du tout confiant-e, à 6 – Très confiant-e, avec une option de réponse neutre. Les réponses des participant-e-s à cet énoncé ont été trichotomisées (0 – Pas confiant-e ; 1 – Neutre ; 2 – Confiant-e).



ANNEXE 3

CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES AYANT RÉPONDU AU SONDAGE POUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX RÉCENTS ET POUR LES SOINS GYNÉCOLOGIQUES RÉCENTS

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques : soins obstétricaux récents (n = 691)

Caractéristiques	n ¹	%
Âge		
18 à 25	57	8,4
26 à 35	423	62,6
36 à 45	188	27,2
46 à 55	7	1,0
56 ans et +	1	0,1
Genre		
Femme cisgenre	660	95,5
Minorité de genre ²	31	4,5
Orientation sexuelle		
Hétérosexuelle	595	87,4
Minorité sexuelle ³	86	12,4
Situation de handicap		
Sans handicap	666	96,4
En situation de handicap	25	3,6
Race/ethnicité		
Blanc·he	555	80,3
Racisé·e	136	19,7
Lieu de naissance		
Canada	609	88,8
Québec	524	86,5
Hors Québec	82	13,5
Hors du Canada	77	11,2
Langue parlée à la maison		
Français	563	82,1
Anglais	114	16,6
Autre	9	1,3
Éducation		
Études primaires	7	1,0
Études secondaires	39	5,7
Études collégiales, professionnelles ou école de métier	186	27,2
Études universitaires de 1er cycle	257	37,5
Études universitaires de 2e ou 3e cycle	196	28,6

SOINS OBSTÉTRICAUX RÉCENTS

Un total de 691 personnes ont répondu à la section du questionnaire abordant une expérience récente de soins obstétricaux. La majorité de ces participant·e·s s'identifiaient comme femmes cisgenres (95,5 %), étaient âgé·e·s entre 26 et 35 ans (62,6 %), rapportaient une orientation hétérosexuelle (87,4 %) et étaient né·e·s au Canada (88,8 %), plus précisément au Québec (86,5 %). Parmi les personnes ayant indiqué être nées à l'extérieur du Canada, la majorité avait désigné la France comme pays de naissance (59,7 %). La plupart de l'échantillon a indiqué que le français était la langue la plus utilisée à la maison (82,1 %), suivi de l'anglais (16,6 %). La majorité des participant·e·s (66,1 %) avait au moins un diplôme de premier cycle universitaire. Une proportion semblable avait déclaré avoir un revenu suffisant pour répondre aux besoins fondamentaux personnels ou de sa famille (60,2 %). La plupart des participant·e·s ont reçu leurs soins à Montréal (24,2 %), suivi de la Capitale-Nationale (12,0 %) et de la Montérégie (10,9 %). Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon ayant répondu au sujet de leur expérience récente de soins obstétricaux.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques : soins obstétricaux récents (n = 691) (suite)

Caractéristiques	n ¹	%
Perception de sa situation financière		
Revenu plus que suffisant (pour répondre aux besoins fondamentaux)	230	33,7
Revenu suffisant	411	60,2
Revenu insuffisant	42	6,1
Région où les soins ont été reçus		
Montréal	129	24,2
Montérégie	58	10,9
Capitale-Nationale	64	12,0
Laurentides	39	7,3
Estrie	29	5,4
Bas-Saint-Laurent	23	4,3
Chaudière-Appalaches	32	6,0
Centre-du-Québec	30	5,6
Lanaudière	27	5,1
Laval	17	3,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	21	3,9
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	17	3,2
Mauricie	16	3,0
Côte-Nord	13	2,4
Outaouais	11	2,1
Abitibi-Témiscamingue	5	0,9
Nord-du-Québec	1	0,2
Année des soins reçus		
2016	41	6,2
2017	44	6,6
2018	58	8,8
2019	63	9,5
2020	88	13,3
2021	106	16,0
2022	124	18,7
2023	138	20,8

Notes: ¹ Le n peut ne pas totaliser 691 en raison de données manquantes.

² Inclut toutes les personnes ayant rapporté un genre qui ne concordait pas avec leur sexe assigné à la naissance.

³ Inclut les personnes homosexuelles/gaies/lesbiennes, bisexuelles, pansexuelles, queers, asexuelles et en questionnement.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques : soins gynécologiques récents (n = 908)

Caractéristiques	n1	%
Âge		
18 à 25	119	13,3
26 à 35	401	44,9
36 à 45	197	22,0
46 à 55	118	13,2
56 ans et +	59	6,6
Genre		
Femme cisgenre	838	92,7
Minorité de genre ²	66	7,3
Orientation sexuelle		
Hétérosexuelle	709	78,7
Minorité sexuelle ³	192	21,3
Situation de handicap		
Sans handicap	869	95,7
En situation de handicap	39	4,3
Race/ethnicité		
Blanc·he	734	80,9
Racisé·e	174	19,2
Lieu de naissance		
Canada	817	90,3
Québec	711	87,2
Hors Québec	104	12,8
Hors du Canada	88	9,7
Langue parlée à la maison		
Français	753	83,1
Anglais	140	15,5
Autre	13	1,4
Éducation		
Études primaires	3	0,3
Études secondaires	58	6,4
Études collégiales, professionnelles ou école de métier	281	30,9
Études universitaires de 1er cycle	331	36,5
Études universitaires de 2e ou 3e cycle	235	25,9
Perception de sa situation financière		
Revenu plus que suffisant (pour répondre aux besoins fondamentaux)	229	25,2
Revenu suffisant	592	65,2
Revenu insuffisant	87	9,6

SOINS GYNÉCOLOGIQUES RÉCENTS

Un total de 908 personnes a répondu à la section du questionnaire évaluant une expérience récente de soins gynécologique. La majorité de ces participant·e·s s'identifiaient comme femmes cisgenres (92,7 %), étaient âgé·e·s entre 26 et 35 ans (44,9 %), étaient né·e·s au Canada (90,3 %) et au Québec (87,2 %) et rapportent une orientation hétérosexuelle (78,7 %). Parmi les personnes ayant indiqué être nées à l'extérieur du Canada, environ la moitié avait désigné la France comme pays de naissance (52,6 %). La majeure partie de l'échantillon a indiqué que le français était la langue la plus utilisée à la maison (83,1 %), suivi de l'anglais (15,5 %). La majorité des participant·e·s (62,4 %) avait au moins un diplôme de premier cycle universitaire. Une proportion similaire a déclaré avoir un revenu suffisant pour répondre aux besoins fondamentaux personnels ou de sa famille (65,2 %). La plupart des participant·e·s ont reçu leurs soins à Montréal (30,2 %), suivi de la Montérégie (11,4 %) et de la Capitale-Nationale (8,0 %). Le Tableau 2 présente les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon ayant répondu au sujet de leur expérience récente de soins gynécologiques.

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques : soins gynécologiques récents (n = 908) (suite)

Caractéristiques	n1	%
Région où les soins ont été reçus		
Montréal	215	30,2
Montérégie	81	11,4
Capitale-Nationale	57	8,0
Laurentides	42	5,9
Estrie	39	5,5
Bas-Saint-Laurent	40	5,6
Chaudière-Appalaches	34	4,8
Centre-du-Québec	34	4,8
Lanaudière	27	3,8
Laval	33	4,6
Saguenay-Lac-Saint-Jean	19	2,7
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	21	2,9
Mauricie	14	2,0
Côte-Nord	22	3,1
Outaouais	18	2,5
Abitibi-Témiscamingue	13	1,8
Nord-du-Québec	4	0,6
Année des soins reçus		
2016	24	3,1
2017	23	3,0
2018	26	3,3
2019	45	5,8
2020	57	7,3
2021	111	14,3
2022	234	30,1
2023	257	33,1

Notes:¹ Le n peut ne pas totaliser 908 en raison de données manquantes.

² Inclut toutes les personnes ayant rapporté un genre qui ne concordait pas avec leur sexe assigné à la naissance.

³ Inclut les personnes homosexuelles/gaies/lesbiennes, bisexuelles, pansexuelles, queers, asexuelles et en questionnement.

ANNEXE 4

SOINS IRRESPECTUEUX

Tableau 3. Soins irrespectueux lors de la dernière expérience de soins en fonction du type de professionnel-le (n = 1 173 – 1 187).

	Obstétricien-ne -gynécologue		Médecin généraliste/ médecin de famille		Infirmier-ère ou infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS)		Sage-femme		x ² (dl)	p
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui		
	(%)									
Le ou la professionnel-le de la santé m'ignorait ou parlait de moi comme si je n'étais pas là.	53,5	46,5	66,5	33,5	55,5	44,5	63,1	36,9	16,795(3)	<,001
Je me suis senti-e infantilisé-e ou ignoré- par le ou la professionnel-le de la santé lorsque je me suis renseigné-e sur ma santé gynécologique.	44,8	55,2	55,6	43,4	49,0	51,0	66,0	34,0	26,613(3)	<,001
Je me suis senti-e négligé-e ou abandonné-e par le ou la professionnel-le de la santé alors que j'avais besoin de soins.	44,2	55,8	58,0	42,0	46,5	53,5	61,3	38,8	24,459(3)	<,001
Le ou la professionnel-le de la santé a jugé mes pratiques sexuelles ou y a fait référence sur un ton moralisateur.	74,1	25,1	72,5	27,5	60,9	39,1	89,3	10,7	33,626(3)	<,001
Le ou la professionnel-le de la santé a tenu des propos impertinents sur mon physique, mes vêtements ou mon hygiène.	81,3	18,7	81,1	18,9	66,7	33,3	90,6	9,4	29,852(3)	<,001
Le ou la professionnel-le de la santé m'a dit que j'avais déjà trop d'enfants.	89,3	10,7	86,0	14,0	74,8	25,2	92,4	7,6	26,534(3)	<,001
Le ou la professionnel-le de la santé n'a pas demandé ma permission afin que d'autres personnes (comme des étudiant-e-s ou des observateur-trice-s puissent assister à mes soins.	58,5	41,5	52,7	47,3	46,8	53,2	78,6	21,4	26,853(3)	<,001
Le ou la professionnel-le de la santé n'a pas demandé ma permission pour qu'un-e étudiant-e m'examine ou réalise des procédures sur moi.	54,3	45,7	46,4	53,6	32,0	68,0	77,9	22,1	42,693(3)	<,001
Le ou la professionnel-le de la santé n'a pas demandé ma permission avant de procéder à un examen gynécologique ou lié à des zones intimes de mon anatomie.	68,8	31,2	69,8	30,2	69,9	30,1	90,0	10,0	27,604(3)	<,001
Je me suis fait menacer par le ou la professionnel-le de la santé.	81,0	19,0	84,2	15,8	71,8	28,2	84,9	15,1	12,780(3)	,005
Le ou la professionnel-le de la santé m'a crié après ou m'a réprimandé-e.	77,2	22,8	81,2	18,8	70,5	29,5	83,6	16,4	10,441(3)	,015
J'ai été victime de violence physique (comme des contacts physiques agressifs, actes douloureux inutiles, etc.).	74,9	25,1	79,8	20,2	70,1	29,9	86,8	13,2	15,654(3)	<,001
Mes renseignements confidentiels ou personnels ont été divulgués sans mon consentement.	95,1	4,9	92,9	7,1	88,8	11,2	95,1	4,9	7,829(3)	,050
Le ou la W-le de la santé est entré-e dans la pièce et m'a dénudé-e sans d'abord s'adresser à moi.	94,2	5,8	93,5	6,5	90,8	9,2	93,8	6,2	1,990(3)	,574
J'ai été forcé-e de signer des documents juridiques me faisant consentir à des procédures que je ne désirais pas ou qui ne m'ont pas été expliquées.	94,8	5,2	92,3	7,7	88,9	11,1	96,0	4,0	7,132(3)	,068

Notes : Les catégories « Médecin spécialiste autre qu'un obstétricien-ne-gynécologue » et « Autre » ont été exclues des analyses en raison de leur faible fréquence.

ANNEXE 5

EXPÉRIENCES PERÇUES DE DISCRIMINATION

Tableau 4. Expériences perçues de discrimination lors de la dernière expérience de soins en fonction de la race/ appartenance ethnique (n = 1 182 – 1 218).

	Blanc·he	Racisé·e	χ^2 (dl)	p
	%			
Lors de votre dernière consultation, avez-vous eu l'impression d'avoir été moins bien traité·e que les autres personnes pour diverses raisons?	13,1	45,7	134,182	<,001
En raison de votre identité, avez-vous...				
Entendu ou vu d'autres personnes blaguer à votre sujet ou rire de vous?	3,2	29,6	171,512	<,001
Été traité·e comme une personne hostile, inutile ou impolie?	4,7	19,8	62,183	<,001
Été la cible de remarques négatives à cause de votre apparence?	4,4	26,4	116,292	<,001
Été avisé·e de penser, agir ou paraître davantage comme les autres?	4,4	26,9	119,134	<,001
Entendu dire que vous ou des gens comme vous n'êtes pas à votre place?	75,2	24,8	160,398	<,001
Dû répondre à des questions déplacées, insultantes ou intrusives?	77,1	22,9	61,911	<,001
Été traité·e comme si vous étiez moins intelligent·e ou apte que les autres?	74,3	25,7	61,654	<,001

Tableau 5. Expériences perçues de discrimination lors de la dernière expérience de soins en fonction de la langue d'usage (n = 1 182 – 1 218).

	Français	Minorité linguistique	χ^2 (dl)	p
	%			
Lors de votre dernière consultation, avez-vous eu l'impression d'avoir été moins bien traité-e que les autres personnes pour diverses raisons?	15,5	38,5	62,341	<,001
En raison de votre identité, avez-vous...				
Entendu ou vu d'autres personnes blaguer à votre sujet ou rire de vous?	70,5	29,5	155,832	<,001
Été traité-e comme une personne hostile, inutile ou impolie?	80,7	19,3	51,159	<,001
Été la cible de remarques négatives à cause de votre apparence?	74,7	25,3	93,183	<,001
Été avisé-e de penser, agir ou paraître davantage comme les autres?	74,0	26,0	97,124	<,001
Entendu dire que vous ou des gens comme vous n'êtes pas à votre place?	79,6	20,4	84,612	<,001
Dû répondre à des questions déplacées, insultantes ou intrusives?	80,9	19,1	28,577	<,001
Été traité-e comme si vous étiez moins intelligent-e ou apte que les autres?	74,3	25,7	55,362	<,001

Tableau 6. Expériences perçues de discrimination lors de la dernière expérience de soins en fonction du type de professionnel-le (n = 1 112 – 1 145).

	Obstétricien-ne -gynécologue		Médecin généraliste/ médecin de famille		Infirmier-ère ou infirmier-ère praticien-ne spécialisé-e (IPS)		Sage-femme		x ² (dl)	p
	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui		
	(%)									
Avez-vous eu l'impression d'avoir été moins bien traité-e que les autres pour diverses raisons?	80,4	19,6	79,9	20,1	77,1	22,9	80,5	11,7	7,188(3)	,006
En raison de votre identité, avez-vous entendu ou vu d'autres personnes blaguer à votre sujet ou rire de vous?	91,9	8,1	90,9	9,1	88,5	11,5	94,6	5,4	3,711(3)	,294
En raison de votre identité, avez-vous été traité-e comme une personne hostile, inutile ou impolie?	91,1	8,9	91,7	8,3	93,3	6,7	95,3	4,7	3,192(3)	,363
En raison de votre identité, avez-vous été la cible de remarques négatives à cause de votre apparence?	91,0	9,0	92,0	8,0	87,9	12,1	93,9	6,1	3,631(3)	,304
En raison de votre identité, avez-vous été avisé-e de penser, agir ou paraître davantage comme les autres?	90,6	9,4	90,3	9,7	89,3	10,7	94,6	5,4	3,138(3)	,371
En raison de votre identité, avez-vous entendu dire que vous ou des gens comme vous n'êtes pas à votre place?	94,5	5,5	91,7	8,3	92,6	7,4	95,2	4,8	3,453(3)	,327
En raison de votre identité, avez-vous dû répondre à des questions déplacées, insultantes ou intrusives?	90,8	9,2	90,0	10,0	83,2	16,8	95,2	4,8	12,383(3)	,006
En raison de votre identité, avez-vous été traité-e comme si vous étiez moins intelligent-e ou apte que les autres?	87,7	12,3	89,0	11,0	87,3	12,7	98,3	10,7	,614(3)	,893

Notes : Les catégories « Médecin spécialiste autre qu'un obstétricien-ne-gynécologue » et « Autre » ont été exclues des analyses en raison de leur faible fréquence.

ANNEXE 6

IMPORTANCE ATTRIBUÉE AUX CARACTÉRISTIQUES PARTAGÉES AVEC LE OU LA PROFESSIONNEL·LE DE LA SANTÉ

Tableau 7. Importance attribuée aux caractéristiques partagées avec le ou la professionnel·le de la santé (n = 1 142)¹

		Pas important (%)	Important (%)	χ^2 (dl)	Important, mais n'a pas eu de professionnel·le partageant la même caractéristique (%)	χ^2 (dl)
La même appartenance ethnique	Origine ethnique/race					
	Blanc·he	89,5	10,5	217,7***	17,2	19,1(1)***
	Racisé·e	48,4	51,6		46,8	
Le même genre	Genre					
	Femme cisgenre	46,9	53,1	14,9***	17,7	95,8(1)***
	Minorité de genre	24,4	75,6		78,0	

*** = $p < ,001$.

RÉFÉRENCES

- Cameron, R. P. et Gusman, D. (2003). The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*, 9(1), 9–14. <https://doi.org/10.1185/135525703125002360>
- Statistiques Canada (2016). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015
Gouvernement du Canada.
- Vedam, S., Stoll, K., Martin, K., Rubashkin, N., Partridge, S., Thordarson, D., ... et Changing Childbirth in BC Steering Council. (2017a). The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) scale: Patient-led development and psychometric testing of a new instrument to evaluate experience of maternity care. *PloS one*, 12(2), e0171804.
- Vedam, S., Stoll, K., Rubashkin, N., Martin, K., Miller-Vedam, Z., Hayes-Klein, H., et Jolicoeur, G. (2017b). The Mothers on Respect (MOR) index: Measuring quality, safety, and human rights in childbirth. *SSM-Population Health*, 3, 201–210. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.01.005>
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., ... et Declercq, E. (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>

