

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

02

**Récits qualitatifs des expériences de soins
irrespectueux, déshumanisants ou violents**

Direction scientifique

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

Co-chercheures du volet 2

Sophie Gilbert, professeure titulaire, Département de psychologie, UQAM
Raymonde Gagnon, professeure associée, Département sage-femme, UQTR
Geneviève McCready, professeure, Département des sciences de la santé, UQAR

Collaboratrices des milieux de la pratique du volet 2

Sarah Landry, Mouvement pour l'autonomie dans l'enfantement
Marie-Noëlle Angers, Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec
Jess Legault, Fédération du Québec pour le planning des naissances
Stéphanie Vallée, L'R des centres de femmes du Québec

Personnel de recherche

Yasmine Bénard, auxiliaire de recherche, étudiante au doctorat en psychologie, UQAM
Emma Losier-Bédard, auxiliaire de recherche, étudiante à la maîtrise en sexologie, UQAM
Auréli Milord, auxiliaire de recherche, étudiante au doctorat en sexologie, UQAM
Marie Phaneuf, professionnelle de recherche

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., Gilbert, S., Losier-Bédard, E., Bénard, Y., Milord, A., Gagnon, R., McCready, G., Landry, S., Angers, M.-N., Legault, J., & Vallée, 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 2: Récits qualitatifs des expériences de soins irrespectueux, déshumanisants ou violents. 74 pages.

ISBN 978-2-9818518-5-7

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

TABLE DES MATIÈRES

Présentation du projet PAROLES	5
Faits saillants	8
Objectifs	12
Précisions méthodologiques	14
Recrutement	15
Collecte de données	15
Analyses	16
Présentation des participant-e-s	16
Résultats	19
Les expériences de soins obstétricaux et gynécologiques déshumanisants de la patientèle au sein des services de santé québécois	21
Des expériences de soins considérées comme violentes et déshumanisantes	21
Des expériences de discrimination qui affectent les soins de santé sexuelle et reproductive	24
Des inéquités de pouvoir qui contribuent à décentrer le soin de la patientèle	28
La nature intime des soins obstétricaux et gynécologiques expose à une plus grande vulnérabilité	30
Des attitudes qui mettent de l'avant le détachement et la banalisation des vécus	31
Un système de soin surchargé qui dépersonnalise la patientèle	33
Le processus de reconnaissance des VOG	38
« Je n'ai pas vécu de grosses violences » : minimiser les expériences de soins	38
La responsabilité de « passer pour une bonne patiente »	39
Réaliser qu'on n'est pas seule et se sentir validée	40
Les conséquences des VOG sur les personnes qui les subissent	42
Des expériences de VOG qui altèrent leur bien-être et les relations avec leur entourage	42
Une perte de confiance envers le personnel médical et un désengagement du processus de soins	46
Les perspectives de la patientèle pour améliorer les soins de santé sexuelle et reproductive au Québec	51
Sensibiliser et former le personnel médical à prodiguer des SOG bienveillants et informés	51
« Si j'avais une baguette magique, ça serait d'avoir un minimum de considération [pour les patientes] »	51
« Expliquer, vulgariser, me dire ce qui en est, m'outiller, répondre à mes questions... »	55
« C'est [au] professionnel d'agir en professionnel »	57
Transformer le système de santé	58
Un meilleur maillage entre les sages-femmes et le milieu hospitalier	60
Développer une conscientisation collective et la dénonciation des VOG	61

Conclusion	64
Références	66
Annexes	69
Annexe 1 - Affiche de recrutement général	70
Annexe 2 - Autres publications associées	71

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

Sylvie Lévesque, Département de sexologie, UQAM
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-rice-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-Noëlle Angers, Réseau des Centres de ressources périnatales du Québec
Jess Legault, Fédération du Québec 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-rice-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)

paroles

Faits saillants



FAITS SAILLANTS

DES EXPÉRIENCES DE SOINS OBSTÉTRICAUX ET GYNÉCOLOGIQUES DÉSHUMANISANTS

La majorité des 35 participantes rencontrées pour ce volet de la recherche rapportent des expériences de soins rudoyants, caractérisés notamment par un ton froid, sec ou autoritaire. Plusieurs participantes décrivent un manque d'écoute, marqué par l'absence de conseils, de soutien ou d'espace pour poser leurs questions, mettant de l'avant une carence empathique dans la relation de soins.

Plus de la moitié des participantes rapportent avoir subi des violences physiques lors de SOG, décrivant des gestes brusques et des interventions douloureuses. Ces interventions douloureuses étaient poursuivies en dépit de leur demande de cessation ou l'expression de leur douleur.

L'absence d'un consentement libre et éclairé constitue un élément central des expériences rapportées par les participantes rencontrées. Plusieurs décrivent des interventions réalisées sans explication préalable, sans demande de consentement explicite ou sans la possibilité perçue de refuser, donnant parfois l'impression de ne pas avoir de choix.

Discriminations vécues dans les soins

Des participantes en situation de handicap font état de l'absence d'accommodements raisonnables et d'une prise en compte insuffisante de leurs besoins spécifiques. Plusieurs rapportent que les soins reçus n'étaient pas adaptés à leur situation et à leurs capacités.

Quelques participantes rapportent des discriminations liées à leur apparence corporelle, notamment une focalisation réductrice sur leur poids, associées à des commentaires humiliants ou moralisateurs. D'autres rapportent des discriminations liées à leur orientation sexuelle ou relationnelle, par le biais de questions intrusives non spécifiques aux soins ou d'une invalidation de leur sexualité.

Iniquités de pouvoir et autonomie décisionnelle

La plupart des participantes considèrent ne pas avoir bénéficié d'informations assez claires et complètes pour comprendre les soins reçus. Plusieurs indiquent également que leurs questions étaient peu prises en compte, voire reçues avec impatience, ce qui entravait leur participation active aux décisions les concernant et limitait leur autonomie décisionnelle.

Plusieurs décrivent avoir ressenti de la pression pour accepter des soins et des décisions présentées comme non négociables. Certaines mentionnent ne pas avoir été informées d'alternatives aux soins proposés.

Non-respect de l'intimité et carence empathique

Environ le tiers des participantes soulignent le non-respect du caractère intime des soins gynécologiques et obstétricaux lors de leurs consultations, notamment par une exposition corporelle jugée non nécessaire ou la présence de personnel tiers non impliqué ou nécessaire dans les soins.

Près de la moitié des participantes évoquent la froideur des traitements médicaux et le manque d'empathie de certain·e·s professionnel·le·s, alors que les raisons des consultations et la nature des soins reçus impliquent une certaine vulnérabilisation. Plusieurs décrivent des attitudes mécaniques et impersonnelles, donnant l'impression de soins automatisés qui nuisent à l'établissement d'un lien de confiance.

Pour les participantes rencontrées, les facteurs associés à la survenue des soins déshumanisants ne reposent pas uniquement sur les épaules du personnel soignant. Ils sont de nature systémique, et impliquent aussi la structure et l'organisation des soins.

Plus des trois quarts des participantes soulignent que la surcharge du système de santé nuit à l'accès à l'information, à l'humanisation des soins et à l'accompagnement. Conscientes du débordement du réseau, elles estiment que cette réalité affecte leur satisfaction et les amène parfois à accepter des soins qu'elles jugent non satisfaisants, par crainte de ne plus obtenir de suivi ou de soins dans le futur.

La moitié des participantes déplorent des rencontres expéditives avec le personnel soignant, ce qui renforce leur impression d'être soignées « à la chaîne ».

LES CONSÉQUENCES DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES

La plupart des participantes rapportent des conséquences à divers niveaux, affectant leur santé et leur bien être (psychologique, social, sexuel, physique), ainsi que leur vie professionnelle, notamment par des absences répétées ou des arrêts maladie.

Plusieurs participantes rapportent avoir été marquées, voire traumatisées, par leurs expériences de violences obstétricales et gynécologiques (VOG). Ainsi, un peu moins de la moitié d'entre elles indiquent qu'à la suite de leurs expériences de VOG, leur confiance envers le personnel médical a été altérée, jusqu'à les amener à éviter les examens gynécologiques. D'autres disent avoir révisé ou abandonné leur projet de parentalité en raison de ces événements.

Une expérience alternative auprès de professionnel-le-s bienveillant-e-s peut convaincre les participantes de reprendre des soins, malgré leurs expériences négatives antérieures.

RECOMMANDATIONS DE LA PATIENTÈLE

Les participantes émettent de nombreuses recommandations pour améliorer les soins en santé reproductive qui leur sont destinés. Ces recommandations visent dans l'ensemble à :

- Soutenir une plus grande humanisation des soins et la bientraitance ;
- Favoriser l'implication active de la patientèle dans les soins, la valorisation de leur expérience et leur autonomie décisionnelle ;
- Promouvoir une plus grande formation du personnel soignant sur différentes thématiques et approches permettant d'offrir des soins adaptés et sensibles ;
- Revoir l'organisation des soins pour permettre des temps de consultation élargis, un meilleur accès aux services, une collaboration interprofessionnelle plus efficiente et moins hiérarchisée et des démarches administratives simplifiées.

Enfin, plusieurs participantes souhaitent pouvoir partager librement leurs expériences de VOG et de soins obstétricaux et gynécologiques déshumanisants pour briser le silence et soutenir d'autres femmes. Elles souhaitent avoir accès à des services de soutien professionnel à la suite de ces événements difficiles et demandent des mécanismes de plainte plus accessibles et reconnus.



paroles

Objectifs

OBJECTIFS

Ce rapport présente le deuxième volet du projet PAROLES. Trente-cinq personnes ayant vécu des soins gynécologiques et obstétricaux (SOG) irrespectueux ou violents au Québec ont été rencontrées afin :

- D'explorer les expériences plurielles des SOG irrespectueux, déshumanisants ou violents ;
- De documenter les processus qui contribuent à la déshumanisation lors des SOG ;
- D'identifier les conséquences associées à la survenue de SOG violents ou déshumanisants ;
- De proposer des recommandations destinées à humaniser les SOG à partir du point de vue situé de la patientèle.



paroles

Précisions

méthodologiques

PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Afin de répondre aux objectifs de recherche, un devis qualitatif a été privilégié (Bourgeois, 2021). Une approche d'analyse inductive a été mobilisée afin d'approfondir les expériences relatives aux trajectoires de soins et de services de santé au Québec. Le projet a obtenu une approbation du comité éthique institutionnel de l'UQAM (CIEREH#2023-5345).

Recrutement

Puisque les personnes participant au volet 1, soit une enquête en ligne sur les SOG (Lévesque et al., 2026), étaient invitées à signifier leur intérêt à participer à ce deuxième volet, un échantillonnage intentionnel (Savoie-Zajc, 2018) a permis d'assurer une diversité de personnes et d'expériences à partir de cet échantillon de convenance. Pour compléter ce premier échantillon et favoriser la diversité des profils, dans un second temps, des affiches promotionnelles ont été diffusées sur les réseaux sociaux et dans divers milieux communautaires, institutionnels ou cliniques, liés à la périnatalité ou desservant des groupes minoritaires ou vulnérabilisés. Ces affiches ciblaient spécifiquement des personnes s'identifiant comme membres de minorités raciales ou ethniques, des personnes LGBTQIA2S+, des personnes en situation de handicap ainsi que des personnes vivant avec des enjeux de santé mentale ou se définissant comme neurodivergentes. Différents milieux ont été sollicités par téléphone, par courriel ou en personne afin de participer au recrutement dans leurs réseaux. L'échantillon final comprend 35 personnes. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) avoir reçu au Québec, au cours des sept dernières années, un soin obstétrical ou gynécologique perçu comme irrespectueux, 2) être âgé-e de 18 ans ou plus. Des formulations comme « Avez-vous consulté un-e gynécologue ? » et « Avez-vous eu un suivi en lien avec votre grossesse ? » ont été utilisées pour expliciter ce que nous entendions par « soins obstétricaux et gynécologiques ».

Collecte de données

Des entretiens individuels semi-dirigés, d'une durée de 60 à 90 minutes, ont été menés en présentiel ou par visioconférence. Une grille d'entretien a permis de structurer la discussion autour des thèmes principaux : expérience de VOG, reconnaissance de cette expérience, conséquences perçues, trajectoires de plainte, d'aide et de soutien, ainsi que recommandations pour favoriser des SOG respectueux. Les questions suivantes ont, entre autres, été posées : « Qu'est-ce que cette expérience vous a fait vivre ou vous fait vivre ? » et « Quels seraient, selon vous, des soins obstétricaux et gynécologiques idéaux ? ».

L'influence perçue des identités sociales dans les expériences de VOG a également été explorée. Plus précisément, les participant-e-s ont abordé l'effet perçu de ces identités sur leur expérience de soins, leurs démarches de plainte et le soutien social reçu. Avant chaque entretien, le formulaire d'information et de consentement a été expliqué, avant de recueillir la signature des participant-e-s. Les entretiens ont été enregistrés en format audio et, à la fin de ceux-ci, les participant-e-s ont rempli un bref questionnaire sociodémographique. Un montant de 50 \$ leur a été remis en guise de compensation pour leur participation et, compte tenu du caractère sensible du sujet, une liste de ressources psychosociales était fournie.

Analyses

Les verbatim anonymisés ont été analysés, au fur et à mesure de leur recueil, selon la méthode d'analyse thématique réflexive de Braun et Clarke (Braun & Clarke, 2006, 2023). Après que l'équipe de recherche se soit familiarisée avec les données en écoutant les entretiens, en lisant les verbatim et en prenant des notes sur les noyaux de sens de chaque entretien, des codes initiaux ont été produits. Dans le cadre d'un processus itératif, des rencontres régulières de l'équipe de recherche ont permis de revisiter ces codes et la compréhension progressive du phénomène à l'étude. Puis, des thèmes et des sous-thèmes ont été dégagés et regroupés selon de grands axes qui structurent les résultats de l'étude. Enfin, des extraits d'entretiens ont été sélectionnés pour illustrer chacun des thèmes et sous-thèmes finaux (Braun & Clarke, 2006, 2023).

Présentation des participant·e·s

Au total, 36 personnes ont participé aux entretiens. Une participante (P29) a été exclue de l'échantillon, car l'expérience rapportée ne correspondait pas à la visée du projet, soit de documenter les expériences de SOG considérées comme irrespectueuses ou violentes. Parmi les 35 personnes ayant témoigné de leur expérience de VOG, la majorité d'entre elles s'identifient comme des femmes (n = 33), alors que deux participantes s'identifient comme non-binaires, mais utilisent des accords féminins. Elles sont en majorité hétérosexuelles (n = 22). Celles faisant partie de la diversité sexuelle s'identifient comme bisexuelles (n = 6), pansexuelles (n = 5) et queer (n = 2). Les participantes sont majoritairement scolarisées et détiennent des études postsecondaires (n = 28). La plupart d'entre elles disposent de revenus suffisants ou qui leur permettent d'être à l'aise financièrement (n = 26). Un peu moins de la moitié des participantes rapportent être en situation de handicap (n = 14), incluant des handicaps moteurs (n = 2), sensoriels (n = 4) ou neuro-développementaux (n = 11) (certaines rapportent plus d'une forme de handicap). Seules 6 participantes s'identifient comme membres d'une minorité ethnoculturelle. Le Tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques de chacune des personnes participantes. Les noms indiqués sont des pseudonymes, afin de préserver leur confidentialité.



Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques (n = 35).

Pseudonyme et numéro associé	Identité de genre	Orientation sexuelle	Niveau de scolarité complété (n=33)	Situation économique (n=34)	Membre d'une minorité ethnoculturelle	En situation de handicap
Anne (P1)	Non-binaire	Queer	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	Revenus suffisants	Non	Non
Bénédicte (P2)	Femme	Hétérosexuelle	Études collégiales, professionnelles ou école de métier	À l'aise financièrement	Non	Non
Cécile (P3)	Femme	Pansexuelle	Études universitaires de 1 ^{er} cycle	Revenus suffisants	Non	Non
Damarice (P4)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 1 ^{er} cycle	À l'aise financièrement	Oui	Non
Eva (P5)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	À l'aise financièrement	Non	Non
Fernanda (P6)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	À l'aise financièrement	Non	Non
Gisèle (P7)	Femme	Pansexuelle	Études collégiales, professionnelles ou école de métier	À l'aise financièrement	Non	Oui, neurodéveloppemental
Hind (P8)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	À l'aise financièrement	Non	Non
Inès (P9)	Femme	Hétérosexuelle	Études collégiales, professionnelles ou école de métier	Revenus insuffisants	Oui	Oui, sensoriel
Jeanne (P10)	Femme	Pansexuelle	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	À l'aise financièrement	Non	Non
Kathleen (P11)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	Revenus suffisants	Non	Non
Léonie (P12)	Femme	Hétérosexuelle	Études collégiales, professionnelles ou école de métier	Revenus suffisants	Non	Non
Mélissa (P13)	Femme	Queer	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	Revenus suffisants	Non	Non
Nadine (P14)	Femme	Hétérosexuelle	Études collégiales, professionnelles ou école de métier	À l'aise financièrement	Non	Oui, neurodéveloppemental
Ophélie (P15)	Femme	Hétérosexuelle	NA	NA	Non	Oui, neurodéveloppemental
Paloma (P16)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	À l'aise financièrement	Non	Non
Queenie (P17)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	Situation de pauvreté	Non	Oui, sensoriel
Roxanne (P18)	Femme	Hétérosexuelle	Études secondaires	Revenus suffisants	Non	Oui, sensoriel et moteur
Sarah (P19)	Femme	Bisexuelle	Études universitaires de 1 ^{er} cycle	Revenus suffisants	Oui	Oui, moteur et neurodéveloppemental
Thérèse (P20)	Femme	Hétérosexuelle	Études collégiales, professionnelles ou école de métier	À l'aise financièrement	Non	Non
Ursula (P21)	Non-binaire	Pansexuelle	Études secondaires	À l'aise financièrement	Non	Oui, neurodéveloppemental
Vanessa (P22)	Femme	Pansexuelle	Études collégiales, professionnelles ou école de métier	Revenus insuffisants	Non	Oui, neurodéveloppemental

Pseudonyme et numéro associé	Identité de genre	Orientation sexuelle	Niveau de scolarité complété (n=33)	Situation économique (n=34)	Membre d'une minorité ethnoculturelle	En situation de handicap
Wendy (P23)	Femme	Bisexuelle	Études collégiales, professionnelles ou école de métier	Revenus insuffisants	Non	Oui, sensoriel
Xena (P24)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 1 ^{er} cycle	À l'aise financièrement	Non	Non
Yvonne (P25)	Femme	Bisexuelle	Études collégiales, professionnelles ou école de métier	Revenus insuffisants	Non	Oui, neurodéveloppemental
Zoé (P26)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	Revenus suffisants	Non	Non
Amandine (P27)	Femme	Bisexuelle	Études collégiales, professionnelles ou école de métier	Revenus suffisants	Non	Non
Bélinda (P28)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	À l'aise financièrement	Non	Oui, neurodéveloppemental
Dorothée (P30)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	À l'aise financièrement	Non	Non
Émilie (P31)	Femme	Bisexuelle	Études secondaires	Revenus suffisants	Oui	Oui, neurodéveloppemental
Florence (P32)	Femme	Bisexuelle	Études universitaires de 1 ^{er} cycle	Revenus suffisants	Non	Oui, neurodéveloppemental
Geneviève (P33)	Femme	Hétérosexuelle	Études primaires	Situation de pauvreté	Non	Oui, neurodéveloppemental
Héloïse (P34)	Femme	Hétérosexuelle	Études secondaires	Revenus insuffisants	Non	Non
Isabelle (P35)	Femme	Hétérosexuelle	NA	Revenus insuffisants	Oui	Non
Jasmine (P36)	Femme	Hétérosexuelle	Études universitaires de 2 ^e ou 3 ^e cycle	Revenus suffisants	Oui	Non

paroles

Résultats

RÉSULTATS

Les analyses qualitatives sont structurées en trois grands ensembles de résultats. La première section explore les expériences de soins obstétricaux et gynécologiques irrespectueux, déshumanisants ou violents vécus par les personnes participantes au sein des services de santé du Québec. Après une brève présentation des manifestations de VOG perçues, les processus qui sous-tendent la déshumanisation des soins sont explorés. Il s'agira dès lors de décrire ce qui fait qu'une personne patiente se sente violentée, non respectée, discriminée ou objectivée dans le cadre de soins obstétricaux et gynécologiques. Une exploration succincte du processus de reconnaissance des VOG conclut cette section.

La seconde section explore les principales conséquences, directes ou indirectes, associées au vécu de soins irrespectueux, déshumanisants ou violents partagées par les personnes participantes. Plus précisément, les conséquences sur le bien-être et les relations avec l'entourage, ainsi que les principales conséquences sur la trajectoire de soins et la confiance envers le système médical sont présentées.

La troisième section met de l'avant les recommandations relevées à partir des témoignages des participant-e-s pour la mise en place de soins bientraitants et centrés sur la patientèle. Elles ciblent trois aspects liés aux soins obstétricaux et gynécologiques et aux violences basées sur le genre : 1) sensibiliser et former le personnel médical à prodiguer des SOG bienveillants et informés, 2) transformer le système de santé, et 3) développer une conscientisation collective et favoriser la dénonciation des VOG.

Outre les résultats présentés dans ce rapport de recherche, des publications découlant de ce volet ciblent particulièrement certains sujets, dont la corporéité et l'intimité (article 1), le capacitisme obstétrical dans les soins vécus par les personnes neurodivergentes (trouble du spectre de l'autisme) et vivant avec un trouble de santé mentale (article 2) et les rapports de pouvoir au sein des relations de soins (article 3). Un article est en préparation sur le processus de reconnaissance des VOG. Des informations supplémentaires sur ces articles sont disponibles à l'Annexe 2.



Les expériences de soins obstétricaux et gynécologiques déshumanisants de la patientèle au sein des services de santé québécois

Les résultats présentés dans cette section font état des expériences de soins obstétricaux et gynécologiques rapportées par les personnes participantes. Ces expériences impliquent, entre autres, des soins décrits comme déshumanisants ou violents et des expériences de discrimination. Ces expériences génèrent une grande vulnérabilité pour la patientèle en raison des iniquités de pouvoir présentes dans la relation patient-e-s-professionnel-le-s, ainsi que par la nature intime des soins qui n'était pas ou ne pouvait pas être considérée par le personnel médical, notamment du fait de l'organisation des soins.

Des expériences de soins considérées comme violentes et déshumanisantes

Par leurs témoignages, les participantes rapportent avoir été confrontées à différents contextes de soins de santé sexuelle et reproductive qu'elles considèrent violents ou déshumanisants. La majorité, soit 28 participantes, rapporte avoir ressenti de la violence psychologique de la part du personnel médical. Ces expériences impliquent des interactions dans lesquelles le personnel soignant emploie un ton, une attitude ou des paroles éprouvées comme violentes par les participantes, comme le rapporte Inès :

Inès (P9) *Il m'a parlé très froidement, très sèchement, puis il m'a dit qu'il fallait absolument que je me détende, que je faisais très mal encore. Je me suis dit : wow, que je faisais mal la respiration, je ne sais pas comment. [...] C'était très violent de sa part verbalement. Puis c'était directif, ça criait. Ça parlait fort, c'était autoritaire.*

Ce qui fait aussi violence, pour les participantes rencontrées, est le manque d'écoute et de relation : « **Jamais elle n'est venue nous conseiller. [...] On n'a jamais eu aucun conseil, aucun "Tu pourrais essayer telle chose."** J'ai vraiment senti l'absence de... de soutien, l'absence de conseils gynécologiques. » (Thérèse, P20). Mélissa (P13) explique pour sa part qu'elle n'a pas eu l'espace pour poser ses questions, pour comprendre ce qui se passait. Elle ne comprend pas encore à ce jour, pourquoi elle a dû avoir deux colposcopies. Elle partage lors de son témoignage qu'elle s'est sentie dans un « **travail à la chaîne** », qu'il n'y avait aucun espace pour discuter ou répondre à ses interrogations.

De plus, les participantes ne se sont pas senties respectées ou prises au sérieux lors de leurs interactions avec le personnel médical. Par exemple, elles rapportent des expériences d'infantilisation de la part du personnel médical, comme l'aborde Roxanne : « **Je me souviens qu'on essayait de nous aider à l'allaitement. On essayait de prendre mon sein pour allaiter bébé, je me sentais envahie, je me sentais... Même pas prise en charge, je me sentais infantilisée** » (Roxanne, P18). Le manque de considération peut être illustré par le témoignage d'Ophélie, qui relate avoir préparé deux plans pendant sa grossesse, l'un ciblant un

accouchement et l'autre, une césarienne. Elle déplore qu'aucun·e des infirmier·ère·s ne les ait consultés, et que les volontés qu'ils exprimaient n'aient pas été respectées. Elle remet donc en question l'utilité de demander à la patientèle de rédiger de tels plans s'ils ne sont pas lus ou utilisés.

Plus de la moitié des participantes (20) rapportent avoir subi des violences physiques lors de soins obstétricaux et gynécologiques. Selon celles-ci, ces violences témoigneraient d'un manque de considération envers elles et leurs sensations corporelles. Elles soulèvent notamment que le personnel médical prodiguait des soins brusquement, ce qui générerait de la douleur, comme l'illustre Émilie :

Émilie (P9) *Pour les examens gynécologiques, il était allé un peu rough, là. J'avais mal et il ne ralentissait pas ; il continuait, t'sais. [...]. Puis quand il regardait si j'étais dilatée, ben... ben, il allait profond, il y allait fort, t'sais, je trouve. Ça... Ça me faisait mal, là, j'étais obligée de tenir la main du papa ou de... ou la table, t'sais.*

C'est aussi ce que décrit Ophélia, qui s'est retrouvée avec des ecchymoses après un geste brusque de la part d'une infirmière : « Je demandais de l'aide aux infirmières [pour allaiter] ; à un moment donné, il y en a une qui m'a comme pogné le sein, qui m'a comme traitée tellement fort, qu'elle m'a laissé des bleus. » (Ophélia, P15). Des participantes déplorent le manque de délicatesse dans les soins expéditifs qui laissent parfois des traces sur leurs corps. Elles racontent des expériences de soins douloureux, dans lesquels elles ne se sentent pas respectées par le personnel médical.



Les participantes estiment que la douleur vécue n'est pas reconnue ou prise en compte par le personnel médical. Ainsi, une majorité des participantes sont d'avis qu'on ne les croit pas quand elles communiquent leurs douleurs et sensations. Une participante partage son expérience pendant une césarienne :

Thérèse (P20) *Faque là, je les... coupe dans leur discussion de... restaurant : « Excusez-moi. Je ne veux pas vous déranger, mais c'est parce que je commence à sentir de la douleur. » Pis là, ils me disent : « Ah ! C'est impossible, madame. » Là, je dis : « Je sens qu'il y a quelque chose, comme s'il y a une main qui passait quelque chose au niveau d'mon aine gauche. » Pis là, il y a un grand silence dans la pièce.*

Plusieurs participantes soulignent ainsi que leur douleur est banalisée par les personnes soignantes ou qu'elles semblent indifférentes face à celle-ci. Par exemple, Bénédicte rapporte qu'elle ressentait de la douleur lors de prélèvements vaginaux, mais que : « Personne ne me croyait [pleurs]. Ni dans ma famille, ni les médecins, personne ne me croyait que ça causait de la douleur, même si je leur disais que ce n'était pas le spéculum, mais le prélèvement » (Bénédicte, P2). Paloma mentionne le manque de douceur et de bienveillance dans le déroulement des soins : « Puis en fait, elle est arrivée, à peine dit "Bonjour !" Elle m'a juste arraché le... pansement alors que je dormais encore. Et du coup, ça, j'ai... j'ai trouvé ça vraiment violent. » (Paloma, P16). Une autre participante détaille son expérience où elle reçoit un massage utérin après une césarienne :

Thérèse (P20) *Je me souviens d'avoir dit à la personne – c'était un homme – en salle de réveil [...] : « Ça fait vraiment mal. » Puis... j'ai fini par lui prendre le bras puis faire : « Non. Il faut que tu arrêtes, ça me fait vraiment trop mal. » Puis il a dit : « Bien, je n'ai pas le choix. » Il a continué quand même à appuyer sur mon ventre. Je me souviens que je pleurais.*

Un autre élément central aux expériences rapportées par les participantes est l'absence d'un réel consentement, libre et éclairé. Liée à la transmission de l'information et aux rapports de pouvoir (discutés plus loin) sans s'y limiter, l'absence d'un consentement libre et éclairé se manifeste de différentes façons dans les expériences rapportées par les participantes. Plusieurs participantes, à l'instar d'Yvonne, partagent des situations vécues où elles ne sentent pas qu'elles avaient la possibilité de dire non : « J'ai l'impression que ma personne n'a pas vraiment été prise en considération. Elle [l'obstétricienne] s'est juste dit : « C'est ma méthode, [...] c'est ça [la péridurale] que je recommande à tout le monde, peu importe leur background, peu importe leurs désirs, peu importe la situation. Je le recommande. » (Yvonne, P25). Se sentir obligé-e de recevoir des soins, sans en comprendre la teneur ou la pertinence, ne serait pas l'exception à la règle : « On se fait dire, faut que tu fasses ça ou voici ton papier pour faire tel test, sans que ce soit nécessairement expliqué, puis qu'il y ait un consentement. C'est juste, comme... fais-le. » (Jeanne, P10).

Cette absence de consentement prend aussi la forme d'un consentement contraint, cédé sous la pression, comme celui vécu par Wendy, alors qu'elle se présente à son rendez-vous pour sa pose de stérilet :

Wendy (P23) *J'étais très, très, très stressée. Puis elle [l'infirmière] m'avait comme dit vite vite qu'elle avait une stagiaire. Puis elle était comme : « Ah ! Aujourd'hui, j'ai une stagiaire. Ça ne te dérange pas ? » Fait que tu sais, moi, je ne pouvais pas dire « oui » ou « non », t'sais. C'était comme... Elle l'a dit tellement vite, puis tellement sur un ton d'une évidence que là, je me suis retrouvée avec elle, puis en plus avec une stagiaire que je ne connaissais pas.*

Pour d'autres participantes, comme Léonie, le consentement n'a même pas été recherché, bien que des gestes cliniques aient été posés. Elle raconte ainsi comment elle a appris à la suite de son accouchement avoir reçu de l'ocytocine de synthèse sans y avoir consenti : « J'ai dit, "Comment ça c'est du Pitocin ?" "Ah c'est pour réduire votre risque d'hémorragie post-partum." J'ai dit, "Mais y'a personne qui m'a parlé de ça. Pourquoi que j'ai du Pitocin ? Pourquoi personne ne m'a parlé de ça ?" Ils m'ont donné ces médicaments-là, sans mon consentement. » (Léonie, P12).

Des expériences de discrimination qui affectent les soins de santé sexuelle et reproductive

Certaines participantes rapportent avoir vécu diverses formes de discrimination dans le cadre de leurs soins, qu'elles associent à leur handicap, leur apparence physique, leur âge, leur genre, leur orientation sexuelle ou leur statut relationnel. La plupart de ces participantes soulevaient des expériences de capacitisme dans lesquelles les soins reçus n'étaient pas adaptés à leur handicap. Par exemple, Roxanne, qui a un handicap auditif, rapporte qu'elle n'a pas eu la possibilité de s'entretenir avec le chirurgien avant l'intervention qui nécessitait le retrait de ses appareils auditifs. Elle explique les conséquences de cette situation : « Je n'avais pas mes appareils [auditifs], je n'avais pas mes lunettes, t'sais. Je n'étais pas en... moyen d'avoir une discussion. » (Roxanne, P18). L'organisation des soins autour de son intervention fait en sorte qu'elle n'a pas eu la capacité de poser ses questions et de comprendre les réponses, puisqu'aucune accommodation n'a été proposée au regard de son handicap.

D'autres formes de discriminations rapportées par quelques participantes étaient en lien avec leur apparence physique. Pour la plupart d'entre elles, il s'agissait d'expériences de grossophobie. Fernanda (P6) rapporte que durant sa grossesse : « Il y avait toujours des recommandations qui étaient à cause de mon poids, toujours des facteurs de risque à cause de mon poids, c'était comme, je n'avais plus l'impression d'être une femme enceinte, j'avais l'impression d'être un facteur de risque ambulante. [...] J'ai ressenti un peu de l'intimidation par rapport à ça. » Pour Vanessa (P22), le personnel médical présumait qu'elle consommait de la drogue, en raison de son apparence et de celle de son conjoint :

Vanessa (P22) *La sage-femme parle à la gynécologue, puis elle demande à ce qu'on me laisse le cathéter dans le bras parce que je suis vraiment difficile à piquer. Elle refuse en disant qu'il y a trop de risques que je consomme par mon cathéter. Des drogues ! Que je m'injecte des drogues ! Je n'ai pas... Je n'ai jamais consommé de drogues injectables, là. Je n'ai pas ce profil-là, du tout. Ce n'est pas écrit dans mon dossier. Je pense que c'est de la stigmatisation à cause de ce qu'on a l'air. T'sais, mon chum est très punk, là. Il peut avoir l'air de quelqu'un qui consomme des drogues, mais ce n'est pas le cas.*

Quelques participantes rapportent aussi s'être senties discriminées en raison de leur orientation sexuelle ou relationnelle. Par exemple, Anne (P1) associe les mauvais traitements subis à son orientation sexuelle : « À l'époque, je ne me rappelle pas comment j'étais habillée quand je suis allée à mon rendez-vous, donc je ne peux pas dire que j'étais particulièrement masculine cette journée-là, mais je sais que j'ai dit que j'étais lesbienne, puis c'était comme le début du rendez-vous. Je me dis que c'est sûrement ça qui a teinté le reste [des soins] ». Elle explique que, lorsque le gynécologue posait des questions sur sa sexualité lors de sa consultation, elle a mentionné être « en relation monogame avec femme » (Anne, P1). Celui-ci aurait alors demandé : « tu as déjà dû coucher avec un homme ? », ce qu'elle percevait comme une question intrusive, qui invalidait sa sexualité : « Ce commentaire, tu n'as pas pu juste coucher avec des filles, ce n'est pas de la vraie sexualité. » (Anne, P1).



Comme mentionné précédemment, plusieurs mentionnent ainsi que la douleur ressentie lors des examens n'était pas prise au sérieux par le personnel soignant, pour qui la douleur serait traitée comme normale, minime et inévitable. Certaines participantes attribuent la banalisation de leur douleur à leur genre, en exprimant notamment le sentiment que leurs douleurs ou leurs sensations ne sont pas prises au sérieux par le personnel soignant parce qu'elles sont des femmes. Ce déni de la douleur des femmes est perçu par certaines comme une composante de la banalisation de leurs inquiétudes ou sensations. Par exemple, une participante nomme :

Wendy (P23) *Je pense qu'il n'y a pas encore aujourd'hui beaucoup d'études qui se font sur la... les trucs des femmes en général, puis les femmes, on est encore prises pour des... des personnes plus faibles ou qui ont moins de poids [valeur] qu'un homme. On dirait que si un homme dit qu'il a mal, c'est plus vrai qu'une femme, parce qu'une femme, ça peut se plaindre ou...*



Principaux constats

Les paragraphes précédents permettent de constater que, pour plusieurs participant-e-s, les soins ont été marqués par des expériences d'irrespect, de violence et de discriminations. Des soins brusques, des paroles dénigrantes, une banalisation de la douleur, l'absence d'un choix et d'un consentement libre et éclairé et des propos et attitudes discriminatoires en fonction d'attributs physiques, de préjugés, du capacitisme ou de l'hétéronormativité ont été rapportés lors des entretiens.

Ces expériences, vécues dans les sept dernières années au Québec font écho aux résultats de nombreuses autres études menées, entre autres, au Canada (Birth Place Lab, 2019 ; Vedam et al., 2019a), aux États-Unis (Vedam et al., 2019b), en France (Haut Conseil à l'Égalité, 2018 ; Schalck et al., 2023), en Belgique (Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2026), au Chili (Cárdenas-Castro & Salinero-Rates, 2024 ; Sadler et al., 2016), au Pérou (Marcos-Garces et al., 2025), en Suède (Annborn & Finnbogadóttir, 2022), en Turquie (Avcı & Kaydırak, 2023 ; Karabulut et Unutkan, 2025 ; Özer & Sevimli Güler, 2025), à Madagascar (Brazy-Nancy et al., 2023) et en Tanzanie (Masoi et al., 2025). Elles témoignent de la présence d'une violence basée sur le genre répandue, pourtant banalisée.



Nous nous intéressons, dans les sections suivantes, aux processus qui opèrent lors des consultations de soins et qui contribuent à la déshumanisation de la patientèle.

Des inéquités de pouvoir qui contribuent à décentrer le soin de la patientèle

Les résultats proposent que les soins déshumanisants et les violences subies par la patientèle soient générés, en partie, par les inéquités de pouvoir dans la relation de soin. En effet, les participantes dépendent fortement du personnel médical pour être informées et comprendre leurs soins, leur état de santé et les traitements prescrits, ainsi que pour être impliquées dans les décisions relatives à leurs soins. Pourtant, la majorité d'entre elles rapportent ne pas avoir reçu assez d'informations pour pouvoir bien comprendre leurs soins. Par exemple, le personnel médical refusait certaines demandes sans expliquer le raisonnement sous-jacent, prescrivait un traitement sans préciser son fonctionnement ou demandait aux participantes de prendre des décisions sans qu'elles aient reçu les informations nécessaires pour prendre une décision éclairée. C'est d'ailleurs le cas de Hind qui rapporte que : « [La gynécologue] finit par dire : "C'est toi qui décides." Fait que là, j'ai dit : "Ok. Mais basée sur quelles informations, t'sais ? Je ne suis pas gynécologue quand même, là." Fait que, elle a dit : "Moi, je t'ai tout dit ce que j'avais à te dire. C'est toi qui décides." » (Hind, P8)

La capacité à prendre part aux décisions serait également brimée lorsque le personnel médical impose des décisions aux participantes, comme en témoignent plus de la moitié d'entre elles, qui auraient subi de la coercition à recevoir des soins. Par exemple, Cécile n'avait pas l'impression d'avoir un réel choix de traitement :

Cécile (P3) *Au niveau de la manipulation par certaines personnes, je me suis sentie forcée de prendre certains traitements, parce que c'est soit ça ou bien tu hypothèques ta vie t'sais, c'est soit ça ou tu ne guériras jamais, même si ça ne se guérit pas [l'endométriose]. Fait que, c'est genre : « je te donne... c'est soit un traitement hormonal, ou c'est un traitement hormonal ».*

Par ailleurs, le lien de confiance entre la personne soignante et la personne soignée peut aussi être altéré par des inéquités de pouvoir dans la relation de soin. Celles-ci se manifestent par des propos déplacés qui créent des malaises lors de consultation :

Anne (P1) *Pis là j'étais comme ben là, c'est vraiment sur mon corps. Je veux dire dans ma tête il n'y avait aucun commentaire à faire sur le fait que ma pilosité était... Surtout le pubis. J'étais comme : il est en train de commenter ma coupe là ? C'est quoi ? On est où ? Je me sentais dans un univers parallèle. J'étais très très très mal à l'aise.*

Enfin, certaines soulignent que le personnel soignant ne fait pas toujours l'effort de valider leur disponibilité lors de communications téléphoniques, ce qui affecte la confidentialité. Par exemple, une participante explique le contexte défavorable dans lequel on lui a fait part de résultats d'examen :

Hind (P8) *J'avais des rendez-vous téléphoniques, mais on était post-Covid. Mais j'imagine qu'ils avaient pris l'habitude, pendant la Covid, de faire des rendez-vous téléphoniques. Sauf que ce ne sont pas des rendez-vous téléphoniques : elle appelle et je suis n'importe où. La première fois, j'étais en train de faire du hiking. Pis là, il n'était pas question que [le rendez-vous] n'ait pas lieu là, là. [...] Faque là, moi, j'étais sur la montagne [petit rire] avec d'autres personnes et j'étais là : « Euh... Là, c'est parce qu'il faut que j'attende que ma gynécologue me rappelle, ça l'air. » [...] Je ne l'ai pas mise sur speaker, mais ils entendaient toute la conversation, puis ma sœur m'a dit : « Ça n'a aucun sens la façon qu'elle... qu'elle parlait, la façon que... tu aies cet appel-là et que tu ne puisses pas... tu sais qu'elle ne te dise pas : « J'aimerais ça qu'on se parle. Est-ce que c'est un bon moment pour toi ? » Elle n'a jamais posé cette question-là.*

Ce manque de considération alimenterait le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur le soin et d'être déshumanisée. Ainsi, le manque de partage d'informations, l'imposition de soins et de traitements ainsi que la présence de jugements ont mené à des expériences de soins dans lesquelles les participantes se sentaient inconfortables et où leur consentement n'était pas respecté, comme le soulèvent plus de la moitié d'entre elles.



La nature intime des soins obstétricaux et gynécologiques expose à une plus grande vulnérabilité

Par sa nature et ses procédures parfois invasives touchant les organes reproducteurs, les SOG se différencient des autres types de soins par leur caractère intrinsèquement intime. Ce constat a d'ailleurs été soulevé par quelques participantes, dont Florence (P32), qui nomme : « **c'est quand même particulier... Veux, veux pas, au niveau des soins gynéco', il y a comme tout un aspect d'intimité qu'on n'a pas avec d'autres sortes de soins.** » (Florence, P32). En ce sens, elles s'attendent à une approche plus sensible à leur corps et leur intimité. Pourtant, dans les expériences rapportées par les participantes, leur intimité ne semble pas avoir toujours été respectée et préservée, créant ainsi des bris dans le lien de confiance.

Environ le tiers des participantes soulignent le manque d'intimité et de confidentialité lors de leurs consultations en santé sexuelle et reproductive, qui se manifeste à différents moments du soin. Plusieurs participantes déplorent ainsi le manque d'espace et d'intimité octroyé par le personnel soignant lors de la transition vers un examen gynécologique. Elles nomment que les médecins ne sont pas toujours sorti-e-s de l'espace de consultation lorsqu'elles devaient se préparer à l'examen, ce qui les déstabilisait : « **[La médecin] a dit : "Tu peux enlever tes culottes." Puis je pense qu'elle n'est même pas sortie, elle s'est juste tournée de dos. En tout cas. C'était vraiment... C'était bizarre.** » (Florence, P32), ou encore ; « **Ils te disent "Le médecin va venir te voir, tu as juste à enlever tes pantalons et à t'asseoir sur la table d'examen." Hey, je ne sais même pas qui va rentrer dans la salle pis il faut que je sois assise les fesses sur le papier !** » (Nadine, P14). Ces situations créent chez elles un malaise et un inconfort. Plusieurs participantes expliquent également ressentir un sentiment de vulnérabilité lors des examens qui ne semble pas être considéré par les équipes soignantes.

Un autre enjeu abordé par quelques participantes est le respect de la confidentialité lors du partage d'informations et de discussions sur des sujets privés. Parfois, des échanges verbaux ont lieu alors que le contexte de soins n'y est pas propice, comme le partage Kathleen (P11) qui a vu le médecin aborder sa situation dans la salle d'attente, au vu de tous-tes :

Kathleen (P11) *Fait que là, je suis avec lui dans la salle d'attente. Puis j'ai dit : « Est-ce qu'il y a quelque chose que je dois faire ? » Tu sais, en voulant dire « laisser mes coordonnées » ou « prendre un autre rendez-vous ». Puis là, dans la salle d'attente, il a dit devant tout le monde : « Ben, mets du lubrifiant quand tu... tu couches avec le gars. » Fait que là, moi, ça m'a encore, t'sais, embarrassée un peu, là.*

Le manque de sensibilité à l'égard du caractère intime des soins amène aussi les participantes à se sentir vulnérables. La vulnérabilité lors des soins gynécologiques est mentionnée par la majorité des participantes et exacerbe le besoin d'être traitée avec respect. Pourtant, les participantes rapportent des comportements du personnel médical pouvant aller jusqu'à ignorer leur présence, et donc, la vulnérabilité particulière dans laquelle

elles se trouvent. Ce manque de considération serait particulièrement marquant. Ursula raconte : « [L'infirmière] rangeait des choses et elle parlait avec le [gynécologue] pendant que j'avais les jambes écartées, là. [...] Les deux se faisaient des blagues, pendant que j'étais écartillée. » (Ursula, P21)

Des attitudes qui mettent de l'avant le détachement et la banalisation des vécus

De plus, près de la moitié des participantes évoquent la froideur des traitements médicaux et le manque d'empathie et d'humanité de certain·e·s professionnel·le·s. La dimension émotionnelle de l'expérience de la patientèle lors des traitements est trop souvent ignorée par le personnel soignant, selon les propos partagés par la moitié des participantes. Damarice explique le contexte associé à une intervention chirurgicale destinée à lui retirer l'utérus :

Damarice (P4) *Je suis arrivée sur la table d'opération ; ça a pris 15 minutes. [La gynécologue] voyait que je pleurais, puis elle était comme « ben pourquoi tu pleures ? », mais je n'étais même pas capable d'exprimer pourquoi je pleurais... puis c'était tellement... Eux autres, c'est tellement une opération qu'ils font, comme ils en font dix dans la journée, puis ils ne se posent pas de questions, mais ils ne savent pas que ça peut être aussi stressant pour des gens qui n'ont jamais vécu ça ?*

Ce détachement ressenti de la part du personnel soignant fait en sorte que la relation de soin n'est pas vécue comme humaine ou chaleureuse, mais plutôt comme un traitement protocolaire ou rigide, comme l'illustre Yvonne (P25) : « Je n'ai vraiment pas de beaux souvenirs de mon accouchement autant pour les soins physiques, les soins médicaux que j'ai reçus, mais autant pour l'approche humaine. [...] Ce n'était pas humain, en fait. » Quelques participantes expliquent aussi que pour les professionnel·le·s, la répétition des examens ou procédures les rend anodins, ce qui peut invisibiliser leur impact sur la patientèle. En ce sens, quelques participantes dénoncent le manque d'attention à leur égard, qui semble découler de ces automatismes :

Jeanne (P10) *Le protocole c'est ça, fait que on le fait, on augmente [la dose de Pitocin], il n'y avait pas de validation sur : « est-ce que ça va toujours, est-ce que tu es à l'aise, est-ce que c'est toujours correct qu'on l'augmente, comment tu te sens là-dedans »... Je veux dire ce n'est pas ça là, [l'infirmière] venait aux demi-heures, elle jouait sur ses pitons, puis elle repartait.*

Bélinda (P28) *Les questions que [le gynécologue] me posait, c'était tellement direct, [...] net, fret', sec, que je me répétais genre : « [...] c'est les questions d'usage. » Mais t'sais, tu peux le demander avec douceur, je ne sais pas.*

Comme le soulèvent ces participantes, les soins automatisés nuisent à l'établissement d'un lien de confiance dans la relation de soin. Plusieurs participantes partagent se sentir comme « **des numéros** » ou « **des symptômes, plutôt que des êtres humains à part entière** » (Hind, P8). Les comportements robotisés du personnel médical soutiendraient un manque d'empathie et un détachement, tout en rendant les soins impersonnels. C'est d'ailleurs ce que Nadine (P14) soulève concernant son expérience de soin : « **Pour vrai, il n'y avait rien d'humain. C'était toute du travail à la chaîne. Moi, je me sentais comme dans une usine** ».

Le manque d'empathie est aussi abordé par la majorité des participantes, en lien avec des interactions marquées par l'omission du vécu affectif et l'absence de réconfort, comme le soulève Zoé :

Zoé (P26) *J'arrive devant l'infirmière du triage, et puis, je dis : « Voilà, je suis enceinte. Je saigne. » Et là, elle me dit : « Ben, de toute façon, si vous êtes en train de faire une fausse couche, on ne pourra pas faire grand-chose pour vous. » [...] « Ok, d'accord. » Je dis : « Quand même... je veux quand même voir un médecin et tout. » « Ok. » Donc, je vais dans la salle d'attente. Donc là, ça l'a été long, hein, l'attente et tout, parce que ce n'est pas prioritaire. Mais juste cette parole, hein, je veux dire, là, on est dans de la belle violence obstétricale.*

En fait, la banalisation de la douleur des participantes abordée précédemment serait également associée à ce manque d'empathie. Le fait de subir des soins sans égard à la douleur associée à ceux-ci contribue tout particulièrement au sentiment de déshumanisation et de perte de dignité chez quelques participantes : « **En tout cas, je... je l'ai trouvé – c'est ça – brutal, rude, sans empathie [pleurs]. Lui là, il faisait sa job là, comme si j'avais été un animal ou je ne sais pas quoi, là, le manque de dignité** » (Dorothée, P30).



Un système de soin surchargé qui dépersonnalise la patientèle

Aux yeux des participantes, les professionnel-le-s de la santé ne sont toutefois pas les seuls responsables des bris relationnels. En effet, elles estiment que l'organisation du système de santé affecte la capacité du personnel soignant à prendre le temps de rencontrer et soigner la patientèle. Ces contraintes contextuelles et les demandes d'efficacité du système auraient pour conséquence un sentiment de déshumanisation et de traitement à la chaîne chez les participantes. L'impératif de performance et l'organisation des soins qui en découle créeraient des situations où les participantes ne se sentent pas respectées ou considérées, érodant la relation de confiance et la qualité des soins.

Plus du trois quarts des participantes soulignent l'impact de la surcharge du système de santé québécois sur l'accès à l'information, l'humanisation des soins et l'accompagnement lors des rendez-vous. L'enjeu du débordement du système de soins est connu par les participantes et ressort comme un élément affectant la satisfaction à l'égard des soins. Par exemple, des participantes expliquent : « On sait qu'on est dans un système de santé où on manque de personnel et tout ça. Est-ce qu'au bout d'un moment, bien, ça ne se ressent pas justement de "Voilà, on manque de gens, on manque d'infirmières" » (Zoé, P26) et « Y'a la surcharge du système de santé » (Hind, P8).

La reconnaissance du débordement du système de santé pousse les participantes à accepter des soins ou des relations médicales non satisfaisantes. Certaines rapportent que le manque de ressources du système de santé limite la qualité des soins en créant un environnement qui priorise l'efficacité et la rapidité des rendez-vous plutôt que la qualité des soins. Une participante partage qu'elle comprend les pressions et la charge de travail des équipes soignantes, mais qu'il n'en reste pas moins que ceci crée un sentiment de méfiance. Elle explique :

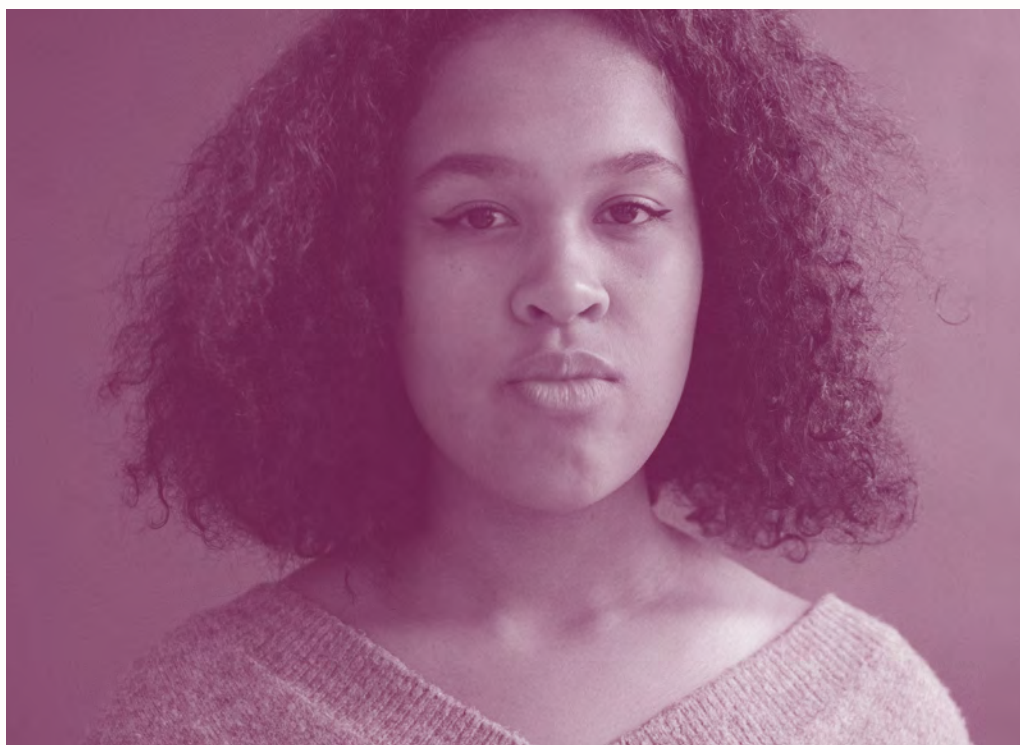
Gisèle (P7) *Je vais voir une gynécologue qui gère des cancers vraiment intenses, fait que probablement que pour elle, je suis une peanut dans l'univers, puis probablement qu'elle a trop de monde, puis qu'elle a des cas bien plus graves que moi. Ça fait en sorte que, puis je comprends là, c'est juste que... Mais t'sais en même temps je ne sais pas c'est quoi les données, je ne sais pas combien de personnes elle traite là, je n'ai pas les chiffres, mais je me dis que ça doit être probablement le manque de temps là.*

Les participantes sont donc conscientes des limites imposées par le système de soins actuel et constatent que ce contexte de soins est propice à la production de violences. Par ailleurs, la maltraitance institutionnelle vécue par les professionnel-le-s de la santé est mentionnée par certaines participantes. L'une d'elles explique : « Ouais. C'est ça, pis on arrive à de la violence institutionnelle qui amène des violences obstétricales » (Zoé, P26). Certaines participantes soulignent également que non seulement le contexte est partiellement à blâmer pour les occurrences de violence, mais aussi que la formation médicale serait lacunaire, quant à l'importance de la bienveillance dans les soins :

Florence (P32) *Parce que je le vis de l'autre côté d'la médaille [lié à son emploi en intervention], t'sais, au niveau psychosocial, là. Je me dis : « Ça doit être vraiment la même affaire au niveau physique, là, même plus, là. » Parce que c'est ça, y en a encore plus, de patients. Fait que t'sais, je n' imagine pas, mais [...] on n'est pas des machines [petit rire]. Pis on ne peut pas agir comme ça [sans empathie envers les patients] non plus.*

La surcharge du système de santé provoque aussi un manque de disponibilité et de temps à accorder à la patientèle. Les longs délais avant de pouvoir consulter un-e professionnel-le de la santé – qu'on surnomme communément la « liste d'attente » – de même que le temps d'attente lors d'un rendez-vous amènent les patientes à accepter des traitements et des situations inconfortables, par crainte de retarder davantage encore leur prise en charge, leur suivi ou leurs soins. Par exemple, une participante dit : « À ce moment-là, j'aurais pu dire : "Je ne suis pas à l'aise ; je préfère que ça soit ma médecin." Mais j'veux juste m'en débarrasser au plus vite ; ça fait déjà un moment [que] j'attends dans la salle et tout. » (Mélissa, P13). Les participantes ont aussi rapporté de longs délais entre les tests et l'obtention de leurs résultats, d'où l'exacerbation de l'inquiétude et du sentiment d'abandon. Kathleen (P11) raconte :

Kathleen (P11) *J'ai saigné au début de la grossesse, mais ça allait bien t'sais. Une nouvelle grossesse, tu fais quoi ? Tu appelles le médecin là, tu saignes un peu, tu vas à l'hôpital, ils font te poireauter là pendant des siècles, ils ne te voient pas. Ils t'appellent deux semaines plus tard pour te dire : « Oui, le test de grossesse est positif. » T'es comme : Ok, mais je le savais ça ; je suis venue parce que je saignais... Je ne savais pas quoi faire.*



Au-delà des reports et délais auxquels sont confrontées les participantes, la moitié d'entre elles déplorent les rencontres expéditives et courtes avec le personnel soignant et rapportent qu'il s'agit d'un élément contribuant à leurs impressions d'être soignées à la chaîne : « J'ai toujours senti que, il fallait que je sorte rapidement du bureau, que le temps était compté, puis que ce n'était pas si grave que ça. Ce n'était pas genre méchant, leurs réactions n'étaient jamais méchantes. » (Eva, P5). Ces courtes consultations impactent l'intégration de l'information et restreignent les explications pourtant nécessaires afin de bien comprendre le plan ou les options de traitements. Cette participante ajoute : « Souvent, j'avais une liste de questions, puis mes questions, c'était toujours, t'sais les réponses elles étaient toujours très expéditives, donc ça allait très vite. Je n'avais même pas le temps de rebondir dans ma tête, donc je notais sur mes notes. » (Eva, P5). Une autre participante ajoute : « C'était très expéditif, tu sais, peut-être 5 à 10 minutes là. » (Cécile, P3).

L'impossibilité de tenir une conversation, de recevoir des explications plus élaborées en réponse à leurs questions, ou même de signifier l'incompréhension des informations partagées, est assimilée en soi à une forme de violence. Une participante raconte : « C'était assez violent aussi de la façon qu'elle faisait les soins et c'est surtout le... le manque d'informations, là, que moi j'ai trouvé... et la rapidité aussi, là. Elle était très expéditive. Les soins qu'elle faisait, je trouvais ça très violent. » (Wendy, P23). Une autre participante explique :

Nadine (P14) *C'est surtout quand ça va vite. Parce que moi, avant de tomber avec mon suivi de sage-femme, j'ai eu un suivi avec un médecin [...] En 10 minutes c'était réglé, j'étais comme « voyons ». Ça avait été extrêmement vite. Je n'aurais pas pu dire que je ne comprenais pas. Tu sentais tellement la vitesse que tu faisais comme « je ne l'arrêterai pas, pauvre lui. Il a tellement de choses à gérer en si peu de temps. Je ne lui en rajouterai pas.*

Il a aussi été rapporté que, parfois, l'information partagée ne se limitait qu'aux soins offerts dans l'établissement consulté, alors que d'autres possibilités existent ailleurs et auraient été intéressantes ou auraient mieux convenu aux participantes. En outre, des rencontres expéditives ne sont pas sans impact sur la capacité de donner un consentement libre et éclairé. Puisqu'il y a peu d'informations véhiculées ou comprises, même lorsque le prestataire de soins ne refuse pas explicitement de répondre aux questions posées, le temps restreint des consultations limite la possibilité de soulever tous les questionnements qu'on peut avoir. Une participante nomme : « Puis j'sens que l'appel est pressé, qu'elle a, comme, cinq minutes pour me parler, [...] elle me dit [de] pas m'inquiéter. Là, je stresse vraiment. [...] Je trouve que je manque d'informations. » (Mélissa, P13).

Enfin, les enjeux liés à la surcharge du système de santé seraient exacerbés en région éloignée. En effet, les ressources y sont plus restreintes, ce qui met à risque la qualité des soins reçus. Par exemple, une participante partage son expérience d'accouchement, où la capacité du centre accoucheur était visiblement dépassée :

Yvonne (P25) *Je suis à [région éloignée], hein. Puis l'hôpital où j'ai accouché, là, cinq accouchements en même temps, c'est très, très rare. Je veux dire, il manquait de médecins, il manquait d'infirmières, ça courait d'un bord pis d'l'autre, les infirmières n'étaient pas disponibles pour répondre à mes besoins. J'avais besoin de serviettes, j'avais besoin de couvertures chaudes, j'avais besoin de toutes sortes d'affaires, de médication après l'accouchement. Les gens n'étaient pas là pour nous offrir les soins dont on avait besoin.*

Dans les propos de nombreuses participantes, la surcharge du système et la pression de devoir recevoir en consultation et soigner un nombre élevé de personnes sont parmi les éléments qui expliqueraient la trop grande rapidité et le caractère déshumanisé des soins. En dépit d'une compréhension des contraintes dans lesquelles exerce le personnel soignant, le sentiment de ne pas être considérée comme une personne à part entière faute de temps, notamment le temps qui serait nécessaire pour le partage d'informations et l'annonce de résultats (qui se fait sans empathie), est perçu comme contribuant à la mise en place de soins irrespectueux et de violences.

Principaux constats

En somme, on constate que les expériences de soins considérées par les participantes comme irrespectueuses ou violentes seraient tributaires de facteurs tant individuels (p. ex. manque d'empathie) qu'organisationnels et structurels (p. ex. débordement), voire systémiques (p. ex. enjeux de pouvoir) par lesquels la relation de soin et le soin lui-même sont déshumanisés. Une sensibilité à la nature intime des consultations gynécologiques et obstétricales et le respect de la corporéité des participantes s'avèrent primordiaux pour favoriser un sentiment de sécurité. L'instauration d'un pouvoir différencié entre la personne soignante et la personne soignée nuit au développement d'une relation de confiance, où la douleur, les questions, les refus et les expériences antérieures peuvent être communiqués et reçus avec attention. La structure du système de santé, qui mise sur la performance et la rapidité, contribuerait à considérer la patientèle comme un numéro, encourageant un travail à la chaîne et la déshumanisation des soins obstétricaux et gynécologiques, et ce, pour toutes les parties impliquées.



Le processus de reconnaissance des VOG

Ce thème aborde brièvement certaines composantes du processus de reconnaissance des VOG. À l'instar des autres formes de violences basées sur le genre, la reconnaissance des violences obstétricales et gynécologiques vécues s'avère complexe et nécessite du temps. Alors que certaines participantes rapportent avoir su qu'il s'agissait d'une atteinte à leurs droits ou une violence au moment où l'événement survenait, beaucoup de participantes rapportent plutôt un parcours de reconnaissance par étapes. Bien qu'un article en préparation s'attache à décrire les différentes composantes du processus de reconnaissance des VOG, différents obstacles à la reconnaissance sont ici déclinés. De plus, les situations où les participantes intériorisent leurs expériences de soins irrespectueux, doutent de leur interprétation et s'attribuent le blâme dans la survenue de ces événements sont abordées.

« Je n'ai pas vécu de grosses violences » : minimiser les expériences de soins

Les dynamiques de pouvoir dans les SOG et l'invisibilisation sociale de cette forme de violence amènent les participantes à douter de leurs perceptions dans leurs expériences de soin, à s'attribuer une part de responsabilité dans les soins irrespectueux et violents vécus ainsi qu'à intérioriser les discours des professionnel-le-s de la santé. Bien que les participantes se soient senties interpellées par l'appel à la participation du projet PAROLES – qui visait à documenter les expériences de SOG irrespectueux –, plusieurs doutaient du caractère violent de leurs expériences de soins. En effet, ces participantes ont eu de la difficulté à décrire ce qu'elles avaient vécu comme une violence, ou l'ont fait avec une grande réserve : « J'ai un petit peu le sentiment de participer à l'entre-deux, dans le sens que [...] c'est irrespectueux, mais je n'ai pas vraiment vécu de la violence » (Fernanda, P6).

Certaines participantes nomment que ce qu'elles ont vécu n'est « rien d'assez grave » pour que ce soit considéré comme une violence. Par exemple, bien qu'Inès souligne que son expérience ait été « très » douloureuse et qu'elle se dise traumatisée par celle-ci, elle reproduit l'invalidation de sa douleur – comme le gynécologue –, par des affirmations telles que : « C'était normal, [c'était] juste désagréable pour moi. » et « Je ne voyais vraiment pas ça comme quelque chose de si horrible que ça, je n'avais pas été violée. » (Inès, P9). La comparaison avec d'autres formes de violences vécues par les femmes teinte également cette minimisation de l'expérience de violence médicale.

Pour certaines, la reconnaissance du caractère violent des soins reçus passe par le corps, comme le raconte Nadine suivie en clinique de fertilité. Alors qu'elle revenait à la clinique pour poursuivre son traitement, elle mentionne que son corps a réalisé d'un coup qu'elle ne pouvait pas retourner à cet endroit, et elle a été frappée de plein fouet par la charge de ce qu'elle y avait vécu :

Nadine (P14) *On dirait que ces quarante-huit heures-là... Oui, ça me faisait de quoi, mais c'est quand je me suis retrouvée dans le stationnement deux jours plus tard que mon corps a comme fait « je ne peux pas croire que tu remontes là volontairement ». C'est là que j'ai eu tout*

l'effet. Les quarante-huit heures, ça a été correct, mais c'est quand je me suis retrouvée dans le stationnement que ça a fait « non, je ne peux pas remonter là sans rien faire ». Mon chum, je m'en rappelle, cette fois-là, je l'ai appelé et je pleurais.



La responsabilité de « passer pour une bonne patiente »

Des iniquités de pouvoir dans la relation de soins amènent les participantes à intérioriser une part de responsabilité dans la qualité des soins reçus : « **Je ne voulais pas dire “non”, tout d’un coup que [le médecin] soit encore plus fâché [de faire un Pap test], parce que veux, veux pas, il y a comme une relation de pouvoir** » (Florence, P32). Cette responsabilité revient dans les discours de quelques participantes, à travers le rôle dichotomique de « **passer pour une bonne patiente** » ou la crainte de passer pour une patiente « **challengeante** ». Cela peut créer un sentiment d’être prise en otage, au sens où il faut être aimable pour qu’on souhaite s’occuper de soi.

Quelques participantes nomment s’être senties responsables pour les soins irrespectueux, déshumanisants ou violents reçus, parce qu’elles n’étaient pas de « **bonnes patientes** ». Par exemple, certaines participantes essaient de comprendre ce qui a fait en sorte qu’elles n’étaient pas perçues comme de « **bonnes patientes** », tel qu’abordé par Hind : « **Je revire tout le temps ça contre moi : que je pose trop de questions [et que] j’arrive déjà extrêmement informée [dans les soins]. Je sors [les professionnel-le-s de la santé] de leur zone de confort. Je me suis posé la question : « Est-ce que c’est moi qui provoque ça ? »** (Hind, P8). Des commentaires verbaux ou écrits de la part des professionnel-le-s de la santé, qui qualifiaient les participantes de « **pas très coopératives** » ou de « **challengeantes** », confirmaient cette impression de ne pas avoir été de « **bonnes patientes** ».

Inversement, quelques participantes mentionnent avoir essayé d'être de « bonnes patientes » pour ne pas déranger les professionnel·le·s de la santé et pour être mieux traitées durant leurs SOG. Certaines d'entre elles expriment adopter ce rôle afin de faire preuve de bienveillance envers les professionnel·le·s de la santé, alors que d'autres expriment que ce rôle aurait une fonction stratégique, tel que s'assurer de recevoir des soins « à leur goût ». Somme toute, dans la plupart des cas, la crainte de déplaire ou de déranger les professionnel·le·s de la santé semble être un motif sous-jacent à cette attitude conciliante. Florence aborde les iniquités de pouvoir qui renforcent cette crainte :

Florence (P32) *J'avais comme peur de ne pas être crue. Ça fait en sorte que des fois, j'accepte plus des choses de la part des médecins, parce que je me dis : « Si je contredis... ils ne voudront plus m'aider... et eux aussi, ils vont faire : « Bon ben, ça y est, elle est anxieuse. C'est juste pour ça qu'elle est ici. »*

D'autres participantes reconnaissent également qu'elles ne sont pas entièrement responsables des violences vécues, en soulevant le caractère systémique des VOG. Selon celles-ci, le manque de respect ou la violence envers les femmes seraient banalisés socialement – malgré la gravité et la prévalence de ces violences. Par exemple, Mélissa (P13) avance que « la santé des femmes, ce n'est pas nécessairement une priorité », bien que ce soit un phénomène répandu : « J'ai l'impression que c'est banal, dans le sens que plusieurs femmes – en fait, toutes les femmes – vivent un peu cette expérience-là ». De même, Ursula mentionne que les hommes ne reçoivent pas le même traitement que les femmes dans les soins. Par exemple, en abordant son expérience violente lors d'un soin impliquant une cryogénisation, elle rapporte que le gynécologue lui a tapé l'épaule et a dit : « Pas de relations sexuelles pendant trois semaines », alors que « Mon chum, quand il a eu sa vasectomie, quand qu'il s'est fait dire que c'était une semaine [sans relations sexuelles], c'était lourd. Et ils l'ont averti plusieurs mois à l'avance. » (Ursula, P21).

Sentir qu'on est responsable, partiellement, des violences posées à son endroit, nuit à la reconnaissance de celles-ci.

Réaliser qu'on n'est pas seule et se sentir validée

Pour la majorité des femmes rencontrées, c'est en validant leur expérience auprès d'autres personnes ou en la confrontant à des lectures et témoignages qu'elles arrivent à qualifier ce qu'elles ont vécu. Dans plusieurs cas, ce sont les ami·e·s qui permettent de remettre en question les soins reçus, comme l'explique Gisèle :

Gisèle (P7) *Euh oui, oui mes amies de filles, qui ont pas mal toutes vécu des situations semblables chez le médecin là, on est, pas mal tout le monde que je connais qui a un utérus a vécu ce genre d'expériences, donc oui en en parlant ensemble, c'est sûr qu'on fait des liens, pis on, on se cringue entre nous là mettons.*

De nombreuses participantes rapportent avoir écouté des balados, lu des articles de journaux ou de blogues et visionné des documentaires, qui leur ont permis de mettre des mots sur ce qu'elles avaient vécu. Wendy explique :

Wendy (P23) *T'sais, moi-même, je me... je me... t'sais, je banalisais un peu ce que j'avais vécu. Puis un moment donné, j'ai entendu parler, il y a peut-être deux ans... J'ai commencé à entendre parler de violences gynécologiques, pis là, j'étais comme « Ah ! Ok, c'est peut-être ça que j'ai vécu, t'sais. Ou en tout cas, ça... peut-être que ça ressemble à ça. »*

La consultation de professionnel-le-s de la santé qui prodiguent des soins respectueux constitue aussi une façon de réaliser que les soins reçus auparavant n'étaient pas adéquats. En comparant les expériences, l'implication dans le soin et l'attitude du personnel soignant, ces comparaisons deviennent des clés de lecture pour revisiter leur expérience antérieure. De même, écouter des contenus sur les réseaux sociaux réalisés par le personnel soignant permet de mieux comprendre certains aspects inhérents aux soins et d'identifier des lacunes importantes dans les soins reçus. C'est notamment ce qui s'est produit pour Wendy, après avoir visionné

Wendy (P23) *des capsules sur TikTok de certaines personnes, de certains médecins. Puis t'sais, j'entends parler des médecins qui disent : « Ouais, le consentement, c'est important. Pis là, il faut parler aux gens. Pis là, il faut dire s'ils ont bien compris, pis, blablabla. » Des trucs comme ça, pis là, j'étais comme « Ah ! Non, moi, je n'ai pas vécu ça. J'aurais aimé ça, vivre ça. » Puis là, j'étais comme : « Ah ! Ok, d'abord, ce n'est pas correct, ce que j'ai vécu, t'sais. »*

Enfin, pour d'autres participantes, ce sont des intervenant-e-s et des professionnel-le-s de la santé mentale ou sexuelle (psychologue, sexologue, travailleuse sociale) qui ont permis de réfléchir aux expériences passées et de mettre des mots sur celles-ci. Certaines participantes ont ainsi été encouragées à porter plainte et à dénoncer les traitements reçus.

Ursula (P21) *J'étais à mon groupe d'[organisme sans but lucratif], justement mon groupe de discussion de femmes. Pis là, je parlais de cet événement-là que j'avais eu dans la semaine d'avant, qui m'avait vraiment... Et l'intervenante, c'est elle finalement qui m'a envoyé la vidéo de Bleuet atypique, parce qu'elle trouvait vraiment que ça n'avait pas de bon sens ce que j'avais vécu. Elle voulait vraiment... Tu sais, elle m'a conseillé de porter plainte.*



Principaux constats

Le processus de reconnaissance des VOG est un processus complexe et ambivalent, tel qu'en témoignent les participantes. L'invisibilisation sociale des VOG et la banalisation des dynamiques de pouvoir dans les soins les amènent à minimiser leurs expériences ou à se sentir responsables des expériences vécues. En revanche, les propos des participantes soulignent aussi l'importance de parler de ces violences – tant dans divers médias que dans des conversations avec des professionnel-le-s de la santé ou avec des membres de leur entourage – afin de faciliter ce processus de reconnaissance et de déculpabiliser les victimes de ces violences. Comme les participantes l'expliquent, l'exposition au concept de violences obstétricales et gynécologiques était pour elles un vecteur de la reconnaissance du caractère violent de leur expérience. Celui-ci leur a notamment permis de mettre des mots et faire sens de ce qu'elles avaient vécu, ainsi que de se sentir un peu moins seules dans ces expériences.

Les conséquences des VOG sur les personnes qui les subissent

Les résultats présentés dans cette section documentent les conséquences directes et indirectes que les participantes attribuent à leurs expériences de soins irrespectueux et déshumanisants sur leur santé et leur bien-être, leurs relations et leur trajectoire professionnelle, mais aussi sur la confiance envers le personnel et l'engagement dans leur processus de soins.

Des expériences de VOG qui altèrent leur bien-être et les relations avec leur entourage

À la lumière de leurs expériences de VOG, la plupart des participantes rapportent des conséquences à différents niveaux, dont leur état de santé et de bien-être (psychologique, social, sexuel et physique) et leur vie professionnelle (absences répétées, arrêt maladie, etc.).

Plusieurs participantes rapportent être marquées, voire traumatisées, par leurs expériences de soins obstétricaux et gynécologiques déshumanisants. Par exemple, après avoir subi de la discrimination en raison de son autisme durant son accouchement et avoir fait l'objet d'un signalement non retenu à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) par un membre de l'équipe de soin, Yvonne relate : « **Mon accouchement et l'événement qui a suivi avec la DPJ : c'est le pire traumatisme que j'ai vécu de toute ma vie [...]** Ça a tellement été difficile que je pense que je ne veux juste pas m'en rappeler, d'une certaine manière » (Yvonne, P25).

Les participantes rapportent aussi des symptômes anxio-dépressifs à la suite de leurs expériences de soins. Par exemple, Nadine explique : « J'ai eu des crises de panique par le passé, mais ça faisait vraiment longtemps que je n'en avais pas fait [...] D'en venir à faire une crise, ça a été un premier step. » (Nadine, P14). Comme ce fut le cas pour Nadine, les expériences de VOG amplifient les symptômes de certaines participantes qui présentaient déjà des enjeux de santé mentale, allant même jusqu'à réactiver des traumatismes passés. Par exemple, Ursula décrit que son expérience de violence gynécologique a réactivé un trouble de stress post-traumatique, en raison de la similarité entre les soins reçus et son agression sexuelle : « J'ai bu pendant trois jours et j'ai pleuré pendant trois jours, littéralement. J'ai arrêté de manger pendant trois jours. » (Ursula, P21).

Comme Ursula le soulève, plusieurs participantes soulignent que leurs expériences de VOG auraient altéré leur fonctionnement à la suite de ces soins. Pour Wendy, la douleur et le stress occasionnés par les soins auraient causé un choc vagal en après-coup : « J'ai perdu connaissance dans la pharmacie après [l'installation du stérilet], quand on est allé chercher les antidouleurs, avec ma mère. Parce que ben... avec le stress et comme tout qu'est-ce qui s'était passé et la... la douleur, que... qu'occasionnait le stérilet. » (Wendy, P23). De son côté, Héloïse (P34) partage que « Mon corps en a mangé une claque. », en raison de la rapidité avec laquelle l'obstétricienne prodiguait les soins et du manque d'informations reçues sur les soins, générant de l'anxiété. Elle ajoute :

Héloïse (P34) *La ventouse et... l'épidurale, puis le bébé [qui avait des complications], tu sais, ça... ça m'a gros épuisée. Parce qu'ils n'ont pas pris le temps, ça m'a vraiment tout épuisée tellement ça s'est fait vite. Mon corps, il a... il a tout sorti mon énergie, puis elle m'a tout... elle me revirait de bord, faisait ci, c'était ça. C'est ça qui m'a grugé toute mon énergie. C'est ça qui m'a épuisée, là. Mais elle aussi, parce que là, ben, elle m'faisait tout faire vite.*

Les conséquences rapportées par les participantes affectaient différentes sphères de leur vie. Par exemple, certaines participantes soulignent des conséquences sur leur vie sexuelle. Gisèle a dû attendre de longues périodes avant d'obtenir le bon diagnostic gynécologique et un traitement adéquat, ce qui a, selon elle, altéré l'apparence physique de ses organes génitaux. Ces modifications corporelles ont nui à son aisance corporelle et à sa vie sexuelle :

Gisèle (P7) *Je me souviens de m'être dit : « Ah quand je vais être guérie, je vais tellement profiter de ma vie sexuelle, je vais tellement honorer mon corps. » Ça fait un an [que je suis guérie] et je suis encore... j'ai de la misère à reconnecter avec mon... le moi sexuel, le moi charnel, le moi... C'est comme si ça avait, été vraiment traumatisant pour moi. Je sens qu'il faut que je travaille activement sur, comme, améliorer ma relation avec ma sexualité.*

Pour certaines participantes, c'était plutôt leur sexualité dyadique qui semblait affectée par leur expérience de VOG. Par exemple, Geneviève a reçu des soins gynécologiques par un résident alors qu'elle avait explicitement demandé à être traitée par une femme médecin en raison de ses expériences antérieures d'agressions sexuelles. Elle rapporte : « Pour moi, ça a comme créé un blocage dans les jours qui ont suivi [l'examen]. J'avais comme pas le goût de rien, t'sais, ça a créé des blocages. Par exemple, je ne voulais pas avoir de relations [sexuelles], parce que je me sens..., j'étais comme bloquée. C'est comme si la boule restait là. » (Geneviève, P33).

L'absence de désir d'avoir des activités sexuelles dyadiques en raison de la crainte de réactiver la douleur vécue lors des soins peut aussi générer des tensions au sein des relations intimes, comme le souligne Bénédicte : « Bonjour la libido... ça enlève énormément l'envie d'avoir des relations sexuelles, donc ça n'affecte pas seulement moi ; ça affecte les partenaires aussi. Ça cause d'la frustration sexuelle dans le couple, parce que je n'ai plus envie d'avoir des relations sexuelles, parce que je n'ai pas envie d'avoir mal. » (Bénédicte, P2).

Enfin, pour quelques participantes, les expériences de VOG ont paradoxalement eu un impact favorable, suscitant des réflexions sur le pouvoir qu'elles détiennent sur la qualité des services offerts par le personnel soignant, auprès de certaines populations plus vulnérables. Par exemple, après avoir vécu de l'invalidation de la part de médecins, Florence explique que l'accompagnement offert dans le cadre de son rôle d'intervenante s'est vu bonifié :

Florence (P32) *Je me dis : « Ce n'est pas vrai que si j'ai le pouvoir de faire en sorte que ça n'arrive pas, que je ne le fasse pas. » Donc, tu sais, parfois, j'accompagne des usagers chez le médecin pour être sûre qu'ils soient crus, pour être sûre qu'ils aient de bons services et être sûre que le médecin ait les bonnes informations. Puis malheureusement, quand tu accompagnes et que tu te présentes comme [l'intervenante], les médecins des fois croient plus le professionnel que la personne. Fait que, j'utilise ça pour bien accompagner les personnes pour qu'ils aient accès à des soins qui sont respectueux de leur personne.*





Une perte de confiance envers le personnel médical et un désengagement du processus de soins

Pour plusieurs participantes, les expériences de VOG modifient leur rapport aux soins. Elles soulèvent, dans leur témoignage, une perte de confiance envers le personnel médical qui les amène à anticiper négativement les soins futurs, ainsi qu'à se désengager de leurs soins de santé sexuelle et reproductive, notamment en arrêtant de consulter des professionnel·le·s de la santé.

Un peu moins de la moitié des participantes rapportent qu'à la suite de leur(s) expérience(s) de VOG, leur confiance envers le personnel médical a été altérée. Par exemple, Bénédicte souligne : « **C'est... ça... ça l'a complètement enlevé ma confiance envers les médecins, en fait** » (Bénédicte, P2). Après avoir été invalidées par celui-ci, avoir reçu des diagnostics gynécologiques qui se sont avérés erronés ou avoir subi des interventions dont elles doutaient de la nécessité, les participantes nomment rencontrer une difficulté à accorder de la valeur au jugement clinique des professionnel·le·s de la santé. C'est le cas de Gisèle, qui explique :

Gisèle (P7) On dirait que je n'ai plus tant confiance et si je me fais [à nouveau] dire que je n'ai rien, je ne vais pas nécessairement le croire. Puis ça, c'est vraiment un truc auquel j'ai pensé, parce que bientôt, je le sais que je vais [devoir] y retourner et je le sais qu'il va peut-être falloir que je me batte pour que j'aie le test pour savoir, parce que ça se peut qu'elle me regarde juste et qu'elle fasse « c'est bien beau ». Sachant qu'ils vont prendre le moins de ressources et le moins de temps possible pour me gérer, je ne vais pas avoir tant confiance.

Cette méfiance amène Zoé, Hind, Nadine et Inès à préférer compter sur elles-mêmes plutôt que sur les professionnel·le·s de la santé. Par exemple, Inès, a préféré s'autoadministrer des soins plutôt qu'ils ne soient administrés par un·e soignant·e. Elle raconte : « **J'ai fait un Pap test toute seule, pendant le début de la grossesse. Je me suis fait un auto-Pap test. On m'a donné le matériel, la sage-femme m'a donné le matériel, avec une tige, un peu comme pour le test Covid nasal** » (Inès, P9). Ce bris de confiance peut aussi s'exprimer dans le corps. Par exemple, Nadine, qui a vécu des soins irrespectueux lors d'une consultation avec un autre médecin que sa médecin de famille, rapporte : « **[Ma médecin de famille] m'a dit qu'elle pensait que c'était la première fois que j'étais raide de même pour un Pap test. Elle a dit : "D'habitude tu es comme : 'Vas-y et fais ce que tu as à faire', mais là, je te trouve raide et je ne veux pas te faire mal". Ça a des répercussions jusque-là.** » (Nadine, P14).

Effectivement, quelques participantes rapportent avoir développé des craintes importantes à l'idée de recevoir des soins de santé sexuelle et reproductive et d'en vivre les répercussions à la fois psychiques et physiques. Par exemple, Dorothée confie : « **J'ai vécu du stress, un manque de sommeil, la peur d'un examen gynécologique, la peur de... de n'importe quel examen qui touche les organes génitaux.** » (Dorothée, P30). Nadine et Cécile rapportent que ces craintes génèrent des réactions physiologiques chez elles, ce qu'elles décrivent comme l'effet ou le « **syndrome du sarrau blanc** ». Cécile explique que, depuis son expérience :

Cécile (P3) Je fais beaucoup... il y a le syndrome du sarrau blanc, tu sais quand tu fais, tu commences à faire de la haute pression, tu as beaucoup de palpitations [cardiaques]. Je fais ça quand je vais chez le médecin [...] ça a fait en sorte que je suis tellement stressée, qu'ils me font passer des électrocardiogrammes, parce qu'ils pensent que j'ai des problèmes cardiaques. Parce que je suis trop stressée.

Quelques participantes, dont Paloma, soulignent que le processus pour rebâtir cette confiance peut être long : « **Ça a ravivé le fait de pas faire confiance au corps médical, pis ça m'a... ça m'a repris du temps... Ça m'a pris du temps avant d'accepter de revoir des médecins.** » (Paloma, P16). Par ailleurs, ayant vécu des VOG par des professionnels de la santé masculins, Inès et Paloma soulignent que la confiance rompue était associée à la présence d'hommes qui œuvrent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Inès mentionne : « **Je n'irais jamais voir d'hommes [pour faire un Pap test], ça c'est une certitude, peut-être même si ma propre vie en dépendait, je ne retournerais pas voir d'hommes.** » (Inès, P9). Elle ajoute : « **Je veux croire qu'il y ait des hommes [professionnels de la santé] qui sont bienveillants, qui font leur travail de façon consciencieuse et respectueuse surtout, mais personnellement moi ça va me prendre une couple d'années [à leur refaire confiance].** » (Inès, P9).

Pour quelques participantes, ces expériences de VOG peuvent même altérer leur projet futur de parentalité. Pour certaines, dont Yvonne, les violences vécues durant le suivi obstétrical ou durant l'accouchement les décourageraient de vivre une nouvelle grossesse :

Yvonne (P25) Tout le monde [dans son entourage] me demandait : « Comment ça s'est passé ? [...] » Puis je leur disais : « Ça s'est passé assez mal pour que je n'en veuille pas d'autres. » Et quatre mois plus tard, je pense la même chose, puis je suis convaincue que dans quatre ans, dans 40 ans, je vais penser la même affaire. Qu'un [enfant], c'est assez. Je ne veux plus jamais revivre ça. Et ce n'est pas que je ne veux pas d'autres enfants ; j'aimerais vraiment avoir d'autres enfants.

D'autres participantes qui n'avaient pas d'enfants, mais qui avaient vécu des violences gynécologiques, sont aussi amenées à revisiter leur projet de parentalité, par crainte de

vivre une expérience similaire dans les soins obstétricaux. C'est le cas de Mélissa, qui explique que son expérience de violence gynécologique l'a amenée à réfléchir à son projet de devenir mère : **« Je me questionne beaucoup [sur] la maternité. Est-ce que je veux des enfants ? Est-ce que je n'en veux pas ? Pis quand je pense à pourquoi je n'en voudrais pas, il y a une grosse place qui est liée au fait que je n'ai pas envie de vivre ces violences-là »** (Mélissa, P13).

La méfiance développée envers le personnel médical a aussi pour conséquence le risque d'un éventuel désengagement du processus de soins par la patientèle. C'est d'ailleurs ce que rapportent près de la moitié des participantes qui ont abandonné leur traitement ou leur suivi, qui ont évité de consulter certain·e·s professionnel·le·s de la santé ou d'être traitées dans certains établissements de santé, ou qui ont tout simplement refusé de consulter pour leur santé sexuelle et reproductive.

Après leurs expériences de VOG, des participantes rapportent notamment ne pas avoir pris le traitement qui leur avait été prescrit ou avoir interrompu celui-ci sans consulter un·e professionnel·le de la santé. Mélissa partage une telle expérience : **« J'ai arrêté la pilule contraceptive, et il n'était pas question pour moi d'avoir un stérilet. Je ne veux pas aller dans une salle, avec une gynéco' à moins que je sois obligée, par santé, là. Mais je ne prends pas des décisions qui font en sorte que je devrais aller vivre ça à nouveau. »** (Mélissa, P13). Comme elle le mentionne, malgré sa conscience du risque pour sa santé, elle préfère autogérer ses soins plutôt que de devoir revivre des violences gynécologiques.

Pour d'autres participantes, les VOG les amenaient plutôt à éviter certain·e·s membres du personnel de soin ou à rechercher de nouveaux·elles professionnel·le·s. Toutefois, cette décision pouvait signifier un arrêt marqué dans le parcours de soins, comme Hind soulève : **« Je me suis dit : "Bon. Je vais me trouver quelqu'un d'autre ailleurs pour faire mon suivi." Ce que je n'ai pas encore fait. »** (Hind, P8). Dans quelques cas, mettre fin au suivi avec un·e professionnel·le pouvait rendre leur processus de soins plus contraignant. C'est par exemple le cas de Dorothée qui doit maintenant faire plus de deux heures de route pour pouvoir recevoir des soins gynécologiques par un·e autre gynécologue que celui qui a prodigué des soins irrespectueux : **« "Moi, je ne veux plus être vue par Dr [nom du gynécologue]." On m'a dit : "À ce moment-là, il faudrait que je vous envoie à [ville du Québec] si y a quelque chose." J'ai dit : "Je vais y aller plutôt que d'être... plutôt que d'être vue par lui." »** (Dorothée, P30). De manière similaire, quelques participantes rapportaient ne plus vouloir fréquenter certains établissements de santé pour recevoir des soins, après leur expérience négative. Par exemple, Florence souligne : **« Je ne veux plus jamais aller [à l'hôpital]. Je ne veux... jamais la revoir [la médecin]. Et j'espère vraiment de tout cœur qu'elle ne fait pas de suivis obstétricaux à [l'hôpital]. »** (Florence, P32).

Quelques autres participantes soulèvent qu'elles préfèrent consulter des sages-femmes et fréquenter des maisons de naissances pour leurs soins obstétricaux, plutôt que de retourner dans le milieu médical. C'est d'ailleurs le cas de Nadine qui, après avoir vécu des soins qu'elle qualifie de violents par une médecin dans une clinique de fertilité, rapporte : **« Mon suivi a été fait par des sages-femmes, parce que je ne voulais pas être suivie par un médecin pour ma grossesse »** (Nadine, P14).

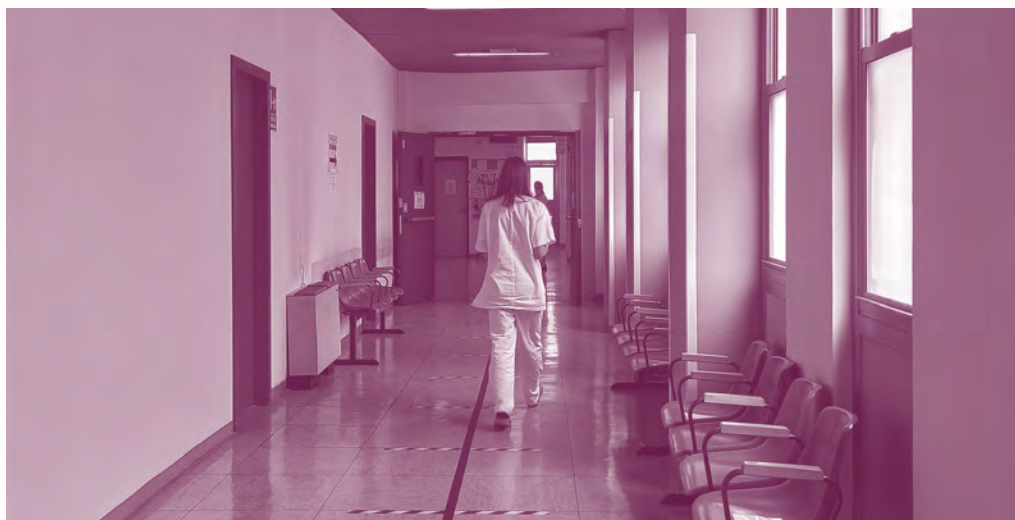
Les expériences de VOG ont, en outre, amené quelques participantes à négliger entièrement leur santé sexuelle et reproductive, parce qu'elles ne veulent plus recevoir des soins ciblant leurs organes reproducteurs. Pourtant, ce choix ne serait pas sans risques. Par exemple, après leurs expériences de VOG, certaines mentionnent préférer ne plus se faire dépister, comme Inès explique :

Inès (P9) *Ça remonte à [il y a un peu plus de 5 ans], mais je n'ai pas fait de, de Pap test depuis, parce que je ne veux pas que personne, je ne veux pas ré-avoir mal comme ça. C'est hors de question, là. J'ai la médecin généraliste qui m'a proposé, qui m'a dit qu'il fallait en faire un aux deux, trois ans à peu près, et j'ai refusé, parce que je ne veux pas, malgré toute la douceur dont elle a fait preuve là je... non merci, je, je ne veux pas.*

Dans la même veine, malgré la conscience des risques, Queenie rapporte garder son stérilet au-delà de la date limite, puisqu'elle n'est pas prête à revivre la douleur qu'elle a ressentie durant son parcours de soins de près de 10 ans, dans lequel la douleur occasionnée par ses symptômes, les traitements et les interventions effectuées par le personnel médical était fréquemment ignorée. Elle explique :

Queenie (P17) *Le fameux [stérilet], j'aurais dû le garder 5 ans. Je l'ai toujours [plus de 5 ans plus tard], parce que j'ai trop peur de me le faire enlever, je ne veux pas ressentir ce que j'ai ressenti, je me dis, sans les outils, il n'en est pas question, il n'en est pas question. Puis je ne sais même pas si je suis en train de me faire du tort, mais... je me suis dit non, c'est une des pires douleurs que j'ai vécue dans ma vie.*

À l'inverse, dans certains cas, une expérience alternative auprès de professionnel-le-s bienveillant-e-s convainc les patientes de recevoir des soins gynécologiques malgré leurs expériences négatives antérieures. Par exemple, après avoir vécu un accouchement qu'elle



qualifie de traumatisant avec une obstétricienne différente de celle qui avait assuré son suivi de grossesse, Yvonne rapporte s'être confiée à cette dernière. Considérant ses antécédents de violences sexuelles, ses enjeux de santé mentale et sa neurodiversité, cette obstétricienne a offert de prendre en charge son suivi gynécologique, même si son suivi aurait dû prendre fin après son accouchement. Yvonne raconte :

Yvonne (P25) *Si [l'obstétricienne qui a fait mon suivi de grossesse] n'était pas là, c'est plate, là, mais j'endurerais ma douleur et je ne suis pas sûre que j'irais voir un médecin. C'est vraiment parce qu'elle a offert de me revoir que j'ai eu le « guts » de l'appeler [...] Mais sinon, je ne pense pas que j'irais voir un médecin, là, j'endurerais. Puis j'endurerais des affaires que je n'ai pas besoin d'endurer, juste parce que j'ai peur de retourner voir un médecin.*



Principaux constats

Les résultats permettent de reconnaître l'ampleur non négligeable des conséquences des expériences de VOG sur la patientèle. Ces expériences les ont amenées à développer une méfiance envers le système de santé et le personnel médical, ainsi qu'à préférer se désengager partiellement ou entièrement des soins de santé – ce qui pourrait entraîner des répercussions à long terme sur différentes sphères de leur santé. Les participantes rapportent notamment des répercussions sur leur santé mentale, sociale et sexuelle.

Les perspectives de la patientèle pour améliorer les soins de santé sexuelle et reproductive au Québec

Afin de réconcilier la patientèle et le système de santé (dont les professionnel-le-s de la santé) leur ayant fait défaut, les participantes abordent différentes perspectives pour améliorer les expériences futures de soins de santé sexuelle et reproductive. Celles-ci sont détaillées dans les sections suivantes.

Comme montré dans les sections précédentes, les participantes rencontrées s'attendaient à ce que les personnes soignantes fassent preuve de professionnalisme et qu'elles respectent leurs droits lors des soins. Elles voulaient être incluses dans ceux-ci, consultées et informées. Pourtant, leurs expériences reflètent que, bien souvent, elles reçoivent des soins qui ne sont pas à la hauteur de leurs attentes, des soins où elles ne se sentent pas respectées et où elles n'ont pas l'impression que les professionnel-le-s de la santé agissent en faveur de leur bien-être. Cette section détaillera les principales recommandations qu'elles émettent pour améliorer les soins obstétricaux et gynécologiques au Québec.

Sensibiliser et former le personnel médical à prodiguer des SOG bienveillants et informés

À la lumière de leurs expériences de VOG, les participantes admettent qu'elles auraient voulu recevoir des soins bienveillants, au sein desquels elles se sentent prises en compte, respectées et entendues par le personnel médical et dans lesquels elles sont informées sur le déroulement de leurs soins.

« Si j'avais une baguette magique, ça serait d'avoir un minimum de considération [pour les patientes] »

Au regard de leurs interactions avec le personnel soignant, les participantes de l'étude mentionnent qu'elles auraient aimé être davantage prises en compte et traitées avec humanité. Le quart des participantes soulignent l'importance d'être traitées avec respect dans les soins, afin d'être reconnues comme des personnes humaines à part entière. Ce respect se manifesterait de diverses façons, tout en s'articulant autour de la reconnaissance de la personne dans sa globalité — incluant son contexte familial, ses besoins, ses insatisfactions et ses questionnements à l'égard des soins reçus. En développant autour de la notion de respect, Yvonne souligne qu'une marque de respect dans le cadre des soins serait que le personnel soignant prenne le temps de lire le plan de naissance avant la consultation. Selon elle, ces documents sont des outils dont dispose la patientèle pour signaler leurs besoins et attentes, et permettent au personnel soignant de mieux connaître la personne avec laquelle il est appelé à interagir.

Un autre aspect des interactions respectueuses entre la patientèle et le personnel soignant concerne le besoin chez la patientèle de se sentir accueillie et en confiance dans le cadre du soin. Trois participantes de l'étude notent qu'il est important que le personnel soignant s'assure d'établir et de maintenir un lien de confiance avec la patientèle compte tenu du caractère intime des soins. Elles relèvent l'importance de développer un rapport de

confiance avant de pouvoir se dévoiler dans le contexte d'une consultation. Selon Florence, la patientèle a confiance en l'expertise médicale détenue par le personnel soignant ; toutefois, il faut que celui-ci se montre à la « hauteur de la confiance accordée par la patientèle ». D'ailleurs, quelques participantes, dont Gisèle (P7), soulignent que la prise en charge par un·e seul·e professionnel·le faciliterait l'établissement de cette relation de confiance : « Que ce soit toujours la même personne, ça ce serait le fun, parce que là, j'ai vu dans les dernières années comme huit personnes différentes là », et ce, dans le cadre d'un même suivi pour des enjeux gynécologiques.

De plus, quelques participantes ayant été victimes de violences sexuelles par le passé, dont Bélanda (P28), soulèvent l'importance de pouvoir être traitées par une femme ou, à tout le moins, qu'une autre femme soit présente dans la pièce au moment de la consultation ou de l'intervention, afin de favoriser leur sentiment de confiance dans les soins :

Bélanda (P28) *[Lorsque les soins sont prodigués par un homme] ils pourraient demander quand que c'est un gars tout seul avec une fille si elle veut la présence d'une autre fille, là, dans la pièce... parce que les femmes qui se font agresser, je pense que c'est une sur trois, là. Fait que je ne suis pas la seule sûrement à ne pas tripper parce que ça me rappelle de mauvais souvenirs. Ça pourrait être ça là, [de demander] « Souhaitez-vous la présence d'une... d'une autre personne de sexe féminin, ou... ou d'une autre personne point dans la pièce ? » Je pense que ça serait peut-être... important, là.*

Enfin, quelques participantes en situation de handicap ont noté qu'elles auraient eu besoin de soins adaptés à leur parcours spécifique, que ces adaptations portent sur la communication, certaines phobies ou un besoin de prévisibilité. Pour Ophélia, qui devait accoucher en maison de naissance, mais qui a dû accoucher à l'hôpital, cela aurait pu impliquer, par exemple, que :

Ophélia (P15) *Au lieu que la sage-femme vienne à l'hôpital, ben que le médecin accoucheur, il vienne à la maison de naissance, t'sais je veux dire, la maison de naissance je la connaissais de fond en comble pour l'avoir visitée, tous mes rendez-vous là-bas, versus un nouvel environnement à l'hôpital, que j'avais jamais mis les pieds à cet étage-là, non, c'est ça, j'avais jamais, t'sais je veux dire, tout était nouveau là, c'est comme [sourir], autant les neurotypiques peuvent être sensibles à tout ce qui est social, nous, neuroatypiques, on est sensibles à tout ce qui est environnemental.*

Par ailleurs, le respect se manifeste aussi par la bienveillance à l'égard de la patientèle, comme l'aborde Jeanne : « [Il faut] des soins qui sont plus bienveillants, puis plus à l'écoute

de ce que la personne vit réellement » (Jeanne, P10). Elle ajoute : « [de] considérer quand je dis que j'ai mal et quand je dis que je ne suis pas bien, que ça, ce soit considéré que je sois à deux ou à sept de dilatation. Je trouve [que] des soins, plus humains, plus sensibles, plus, plus à l'écoute, plus bienveillants [serait important] » (Jeanne, P10).

Comme Jeanne, près de la moitié des participantes auraient souhaité que le personnel médical fasse preuve de plus d'écoute, d'empathie et de bienveillance, en considérant davantage la personne qui reçoit les soins. Pour ce faire, elles suggèrent que les soignant-e-s posent davantage de questions aux patientes, en s'intéressant à ce qu'elles disent. C'est d'ailleurs ce qu'Eva soulève : « Poser des questions à la personne qu'il y a en face de toi, comprendre son parcours de manière un peu plus large » (Eva, P5). Elle explique : « Tout est un peu interrelié quand même, que ce soit la santé sexuelle, enfin tout, donc [il faut] être dans l'écoute en fait, [plutôt que] dans la prescription » (Eva, P5).

Ce besoin met aussi en lumière la référence indirecte à la temporalité : les participantes aimeraient que la durée des consultations permette la tenue d'échanges avec le personnel médical. Toutefois, l'analyse des expériences de SOG rapportées révèle aussi que l'empathie du personnel soignant contribue à la qualité de la relation thérapeutique et des soins subséquents, puisque la patientèle se sent alors validée, rassurée et éprouve de l'aisance dans ses soins. Cette qualité relationnelle pourrait même, dans certains cas, pallier le peu de temps octroyé aux soins. Par exemple, Florence indique que la qualité de la présence de son médecin de famille lors des rendez-vous améliore sa perception de sa prise en charge :

Florence (P32) *J'ai un médecin de famille, nos... nos rencontres durent cinq minutes, mais j'ai l'impression que ça dure 15 minutes, parce qu'elle prend le temps. Pourtant, elle est capable de faire la même quantité [de patient-e-s], mais c'est juste qu'elle prend tellement son temps que t'as l'impression que... c'est super long.*

La bienveillance dans les SOG peut également s'inscrire en périphérie des soins reçus. Trois autres participantes ont témoigné qu'il serait bénéfique de recevoir du soutien et de l'accompagnement de la part du personnel soignant dans le cadre des SOG. Sarah mentionne diverses formes de soutien souhaitées, telles que le soutien dans la prise de décision ainsi que dans les milieux hospitaliers lorsque, par exemple, des personnes sont amenées à vivre des interruptions de grossesse liées à des malformations congénitales. Concrètement, ces participantes demandent de ne pas être laissées à elles-mêmes lors d'un SOG et que certaines mesures soient mises en place pour les accompagner. Geneviève discute aussi de ce besoin de soutien en recommandant que le personnel soignant s'assure d'être présent : « Tu sais, ne pas dire : "On ne peut rien faire, débrouille-toi" ». En ce sens, la notion d'empathie se joint à la communication claire et transparente dont il sera question dans la section suivante.



**« Expliquer, vulgariser,
me dire ce qui en est, m'outiller, répondre à mes questions... »**

Près de la moitié des participantes rapportent qu'elles auraient eu besoin d'obtenir davantage d'informations dans le cadre de leurs SOG. Plusieurs d'entre elles indiquent qu'elles auraient aimé être mieux informées sur leurs diagnostics, les procédures médicales, les plans de traitements et les alternatives possibles. Par exemple, certaines suggèrent que, dès la prise de rendez-vous, elles devraient recevoir des renseignements quant aux soins à venir, dont leur durée, la préparation nécessaire, les effets secondaires, etc. Comme l'explique Kathleen, ces informations pourraient être transmises électroniquement dès la prise de rendez-vous :

Kathleen (P11) *Je me demande si quand tu [prends un rendez-vous pour] un Pap test, il pourrait [y] avoir certaines informations sur... c'est quoi un Pap test, genre. T'sais, on reçoit un rappel de rendez-vous. Est-ce que dans ce rappel-là, il pourrait y avoir des informations, genre : « Voici à quoi s'attendre. Voici des questions qui... potentiellement vous allez... vouloir poser à votre médecin. » Ou : « Voici ce que vous voulez... vous assurer que votre médecin fasse durant le Pap test. »*

De plus, certaines expriment le besoin d'obtenir, pendant la réalisation même des procédures, des explications en temps réel sur les gestes effectués, pour comprendre ce qui se passe lors de l'intervention médicale et ainsi se sentir impliquées. Inès aborde une telle expérience dans son suivi en maison de naissance : « J'ai été bien informée de ce qui se passait dans mon corps, non pas que sur le fœtus, mais je recevais énormément d'informations sur le processus, énormément de questionnements pour savoir comment je me sentais. » (Inès, P9).

Par ailleurs, quelques participantes associent la notion d'informations dans les soins au consentement libre et éclairé chez la patientèle. Par exemple, Mélissa insiste sur l'importance de comprendre l'information reçue et de pouvoir engager un dialogue avec le personnel soignant :

Mélissa (P13) *Je pense que juste le consentement, de demander : « Ce n'est pas telle personne qui va faire [la procédure], ça va être telle personne. Est-ce que tu es à l'aise... ? » Juste de me... demander si je vais bien, si je suis à l'aise. De m'expliquer ce qui se passe... [aborde un exemple spécifique] Tu sais, expliquer, vulgariser, me dire ce qui en est, m'outiller, répondre à mes questions. Sentir que j'ai de l'espace pour poser des questions... Ne pas sentir que je suis pressée non plus, que si j'ai des questions, il y a de l'espace, du temps pour cela.*



Quelques participantes se situant dans le spectre de l'autisme nomment qu'il est important que le personnel soignant adapte les façons de transmettre des informations, car la méthode de communication usuelle ne fonctionne pas nécessairement avec elles. Par exemple, Nadine remarque que, dans le cadre de ses soins, la communication verbale seule n'est pas toujours suffisante pour bien saisir ce qui se passe. Les recommandations émises par les participantes autistes pour adapter la communication dans les soins sont détaillées ailleurs (Losier-Bédard et Lévesque, soumis en 2026). Celles-ci proposent entre autres que le personnel médical accompagne ses explications d'un support visuel (tel qu'un croquis pour illustrer certaines notions), pose des questions de clarification afin de s'assurer de la compréhension des patientes et offre des explications précises en prodiguant les soins. Pour ces participantes autistes, ces adaptations lors des soins peuvent être aidantes pour comprendre les soins reçus.

Enfin, quelques participantes soulèvent aussi qu'elles auraient aimé être informées sur leurs droits en contexte de soins. Par exemple, Florence souligne qu'elle aurait aimé recevoir des informations sur ses droits dans les soins et que ces informations soient vulgarisées et accessibles pour tous-tes les patient·e·s :

Florence (P32) *Ça me fait capoter [de] comme réaliser à quel point les droits ne sont pas si accessibles que ça, dans le sens que c'est complexe même pour quelqu'un qui a de l'éducation ou autre, là. Puis à quel point ce n'est pas divulgué, du tout ou très, très peu. Quand tu arrives à l'hôpital et que tu t'fais hospitaliser, là, à aucun moment quelqu'un arrive, dit : « Voici tes droits. » Là, il n'y a personne qui dit ça, c'est juste que tu te fais hospitaliser, il n'y a personne qui t'informe de ce que tu peux faire, il n'y a personne qui t'informe si tu peux faire appel à quelque chose, il n'y a personne qui t'informe que si tu n'aimes pas tes soins, voici où aller, genre. Tu n'as rien. Rien, rien, rien. Pis pourtant, c'est peut-être un amalgame bizarre, mais... quand t'es arrêté par la police, la police dit tous tes droits : que tu as le droit de garder le silence, tu as le droit à un avocat, etc. Mais pourquoi on ne fait pas ça avec des soins ?*

« C'est [au] professionnel d'agir en professionnel »

Le quart des participantes ont noté qu'elles ont besoin de voir les compétences sociales du personnel soignant transparaître davantage lors des soins. Elles remettent en question la formation reçue, car, selon elles, des modifications apportées à la formation du personnel médical amélioreraient la qualité des soins. Elles proposent des approches plus inclusives et intersectionnelles, de meilleures connaissances des réalités liées au spectre de l'autisme et à certains enjeux de santé mentale, la valorisation de l'expertise expérientielle de la patientèle – même lorsque cette dernière s'écarte de leur expertise médicale –, l'adoption d'un comportement neutre et sans jugement et également une formation continue quant aux meilleures pratiques à adopter. Selon Florence, une telle approche serait importante, et à plus forte raison considérant le caractère intime des SOG. Elle nomme :

Florence (P32) Je pense que c'est plus systémique. Oui, il y a un aspect personnel [aux violences], mais je pense que l'aspect personnel, on ne pourra jamais tout changer. Mais si au moins la formation des soins gynécologiques, il pourrait y avoir une partie « santé mentale », il pourrait y avoir une... une partie « Comment donner des soins à... » Quelque chose de particulier à la santé mentale admettons, ça pourrait peut-être mieux... Tu sais, qu'il y ait une formation qui est plus spécifique.

Quelques participantes recommandent aussi que le personnel médical en milieu hospitalier s'inspire davantage des approches mises de l'avant par les sages-femmes, par les doulas ou par les marraines d'allaitement, c'est-à-dire qu'il adopte un suivi qu'elles qualifient de plus humain et centré sur la personne enceinte ou parturiente. Nadine explique que, durant son accouchement : « Je pense que c'est [le résident en médecine] qui l'avait nommé que ça serait quasiment important dans leur parcours qu'ils aillent passer une journée de stage en maison de naissance, juste pour voir l'autre approche. » (P14).

Enfin, Hind rapporte avoir eu une expérience positive avec un gynécologue qui, selon elle, était bien formé à prodiguer des soins sensibles et était « à jour » dans ses connaissances. Elle explique avoir ressenti que ce gynécologue « ne prenait pas son expertise pour acquise. J'ai détecté chez ce gynécologue-là quelqu'un qui se garde à jour dans tout. Quelqu'un qui... pour qui c'est important d'être au courant de toutes les nouvelles techniques... Parce qu'il pouvait en parler avec assurance. » (Hind, P8). Elle ajoute que sa manière de l'aborder et de lui offrir des explications lui permettait de se sentir à l'aise et en confiance, ainsi que de bien comprendre ses soins. Selon elle, ses compétences sociales et son expertise l'amenèrent à percevoir qu'il faisait partie « des gens que tu sens qui ont à cœur leur profession de... pour maintenir leur expertise et qui ont à cœur de respecter et de pas infantiliser la patiente qui est en avant d'eux. » (Hind, P8).

Transformer le système de santé

Au-delà du besoin que le personnel médical adopte une approche humaine et bienveillante, certaines participantes soulignent l'importance de repenser l'organisation du système de santé afin de contrer les occurrences des SOG irrespectueux, déshumanisants ou violents. Entre autres, celles-ci recommandent de transformer ce système pour octroyer plus de temps aux patient·e·s, faciliter l'accès aux soins, et intégrer les sages-femmes dans les soins obstétricaux en milieu hospitalier. De plus, parmi les modifications proposées, des participantes suggèrent d'attribuer moins de patientèle au personnel soignant, pour réduire leur charge de travail afin qu'ils ou elles puissent se consacrer davantage à leur patientèle : « Je trouve [que] de leur donner moins de patients, pour qu'ils aient beaucoup plus le temps d'expliquer, et que ça [crée] un lien beaucoup plus humain, parce que là on vient qu'on déshumanise. Puis là, ok, c'est le capitalisme qui marche, pis [les médecins] ils coûtent cher, fait que [le système de santé] va les loader. » (Damarice, P4).

Ces participantes abordent aussi la complexité à naviguer dans le système de santé : savoir où s'adresser, qui consulter, etc. Selon elles, il serait préférable de simplifier l'accès au système de santé. Pour Cécile, ceci implique d'alléger les procédures administratives liées aux requêtes :

Cécile (P3) *Je simplifierais tellement tout ça. C'est tellement compliqué là, c'est tellement compliqué. Le nombre de fois où mes... j'avais une requête et ma requête disparaît, dans le sens où – à cause que c'est toute tu sais... il n'y a rien de numérisé, il n'y a rien d'automatisé, fait que c'est des papiers qu'ils envoient encore par fax, puis c'est ça – mes requêtes elles disparaissent. Ça m'est arrivé à deux reprises que mes requêtes ont disparu.*

De manière similaire, Paloma recommande de simplifier le processus de prise de rendez-vous, notamment avec un médecin spécialiste qui nécessite une référence de la part d'un médecin généraliste : « Avoir l'accès simplifié et le fait de pouvoir prendre rendez-vous comme on prend rendez-vous avec un... un médecin. Déjà, c'est très dur d'avoir une ordonnance pour voir un gynéco', pis ensuite, c'est six mois à un an d'attente. » (Paloma, P16). Pour Ophélia, il s'agirait aussi d'associer un médecin de famille à tous les bébés naissants : « Je m'organiserais pour que chaque bébé qui naisse ait un médecin de famille, parce que ça, c'était un combat que je n'ai pas mentionné [durant l'entretien], mais il a fallu que je me batte pis que je fasse des entourloupettes pour que mon enfant soit suivi. » (Ophélia, P15).

Par ailleurs, deux participantes mentionnent que le système actuel repose sur une vision normative des soins qui n'est pas adaptée à toutes les patientes. Elles recommandent davantage de flexibilité dans les soins, comme Queenie le soulève : « En fait, c'est de comprendre que le seul et unique moule qui existe, il va être efficace pour la majorité, mais pas pour tout le monde. Et si ce moule-là n'est pas efficace pour tout le monde [...] C'est-à-dire qu'il faudrait casser le moule avant de casser la femme. » (Queenie, P17).



Un meilleur maillage entre les sages-femmes et le milieu hospitalier

Près du tiers des participantes rencontrées ont reçu des soins offerts par des sages-femmes ou ont été soutenues par des accompagnantes à la naissance. Elles rapportent avoir apprécié leur expérience avec celles-ci, notamment dans le contexte d'une deuxième naissance à la suite d'un vécu de mauvais traitements lors d'une grossesse antérieure. Parmi les éléments appréciés, les participantes mentionnent leur approche humaine, leur écoute des besoins de la patientèle, dont le temps alloué à chacune et l'attention portée au consentement libre et éclairé dans tous les soins. Par exemple, Fernanda soulève :

Fernanda (P6) *Pour moi, une sage-femme c'est ce qu'il y a de plus idéal, parce que justement, elles font du consentement libre et éclairé leur priorité numéro un. À chaque – à ma première grossesse quand j'ai choisi de pas avoir des échos [...], ça ne changeait rien pour elle. Elle faisait en fonction de ce que je voulais, donc c'est vraiment les meilleurs soins. En plus, on a des rendez-vous d'une heure, on a de l'espace pour jaser. La seule affaire que j'aurais à améliorer sont les connaissances et les compétences sur comment gérer quelqu'un de gros dans ton bureau.*

Comme Fernanda le soulève, son suivi en maison de naissance n'était pas parfait : elle rapporte avoir vécu une expérience de discrimination en raison de son poids. Toutefois, elle reconnaît qu'outre cette expérience, leur approche lui permettait d'être impliquée dans ses soins et de se sentir considérée.

Pour plusieurs participantes, il serait souhaitable d'inclure l'approche des sages-femmes dans les soins obstétricaux. Elles suggèrent d'intégrer davantage celles-ci au milieu hospitalier pour qu'elles puissent prodiguer des soins dans cet environnement ou, à l'inverse, de permettre aux obstétricien-ne-s d'assister des accouchements en maisons de naissance lorsqu'une femme présente des complications. Une autre alternative proposée par Ophélia est d'organiser une journée de formation interprofessionnelle :

Ophélia (P15) *[Il faudrait] qu'il y ait un meilleur maillage : doula, sage-femme, système de santé, parce que là pour l'instant tout le monde est dans des silos. Tous les professionnels qui tournent autour de la gynécologie obstétrique, [il leur faudrait] une journée de formation continue par année avec tout ce beau monde-là dans la même salle de conférence. Ça, ce serait nice.*

Enfin, quelques participantes soulignent l'importance qu'il y ait « plus d'accessibilité au suivi sages-femmes » (Vanessa, P22) et qu'elles soient mieux reconnues pour le travail qu'elles font. C'est d'ailleurs ce que souligne Sarah, qui a été accompagnée par sa sage-

femme durant son avortement au 3^e trimestre – même si elle n'était pas tenue de le faire, puisque le personnel de l'hôpital avait mis fin à son suivi avec elle lorsqu'il avait diagnostiqué une maladie congénitale :

Sarah (P19) *J'aurais voulu que la sage-femme puisse être reconnue pour le travail qu'elle a fait, le support qu'elle a... fait de son mieux, mais n'empêche qu'elle n'est pas travailleuse sociale, elle n'est pas psychologue, etc. Ce n'est pas une situation... elle n'avait jamais vécu une situation similaire non plus, fait qu'elle a fait de son mieux, là-dessus, tu sais : bravo. C'est sûr que sept ans plus tard, le travail d'équipe entre les sages-femmes pis, t'sais... ça l'a évolué aussi... mais j'aurais voulu ça. Je pense que ce n'était pas normal qu'elle réalise [ce suivi] sur ses heures à elle.*

Elle ajoute que la reconnaissance de leur travail ne passe pas que par la rémunération. Celle-ci implique aussi de prioriser l'accompagnement des sages-femmes, même lorsque la patientèle vit des complications et doit recevoir des soins en milieu hospitalier. Par exemple, Sarah (P19), qui présentait des complications durant sa grossesse, rapporte que son suivi avec sa sage-femme s'est terminé, car sa situation ne répondait plus aux critères des suivis en maison de naissance ; elle s'est donc retrouvée avec une équipe de soins qu'elle ne connaissait pas. Comme elle le soulève, cette décision d'arrêter un suivi sage-femme et de mettre un terme à une relation de confiance peut créer un sentiment de vide et de détresse chez la patientèle, d'où l'importance de favoriser le lien de confiance dans la relation de soin.

Développer une conscientisation collective et la dénonciation des VOG

Plusieurs participantes ressentent le besoin de pouvoir raconter librement ce qu'elles ont vécu, sans se sentir responsables des mauvais traitements reçus et craindre de ne pas être crues. En fait, près du tiers des participantes rapportent avoir partagé leur expérience de VOG, notamment sur les réseaux sociaux et dans des discussions avec leur entourage ou des connaissances. Pour certaines, ce partage leur a permis d'obtenir du soutien. Tel est le cas de Bénédicte : « Dans la dernière année, j'en ai parlé avec des femmes parce que, puisque je brassais la "can of worms", j'ai commencé à parler à plus de femmes et tout. Puis j'ai trouvé d'autres femmes qui disaient qu'elles aussi, c'était vraiment douloureux faire ça et je me suis rendu compte que je n'étais pas seule. » (Bénédicte, P2). Pour d'autres, le partage était une manière de prévenir les autres, afin qu'elles ne soient pas victimes d'une expérience similaire. En ce sens, Inès raconte avoir laissé un avis négatif sur la page du gynécologue qui lui a prodigué des soins irrespectueux, alors que Dorothée a cru bon de prévenir verbalement d'autres femmes : « C'est surtout à des femmes que j'expliquais ce qui s'était passé. Et même j'ai dit à certaines... à toutes les femmes... à qui j'ai parlé, j'ai dit : "Si jamais vous êtes référée à Dr [nom du gynécologue], refusez, n'y allez pas." » (Dorothée, P30).

Plus de la moitié des participantes ont partagé leurs réflexions sur les processus de plainte ou de dénonciation. Elles nomment différentes motivations à porter plainte, sans toutefois avoir entrepris des démarches en ce sens. Parmi ces motivations, près du tiers d'entre elles abordent le désir de faire entendre leur voix et de dénoncer au nom de plusieurs personnes, afin que de telles situations ne se reproduisent plus. Par exemple, Zoé explique :

Zoé (P26) *Je pense que la démarche dans laquelle on est aujourd'hui (l'entrevue pour le projet PAROLES), j'espère que ça va porter ses fruits et pouvoir peut-être avoir un... enfin, que nos paroles justement vont être comme représentées auprès de l'institution et des équipes pour pouvoir accompagner autrement. C'est comme ça que je vais faire mon petit bout de militantisme pour... et puis, d'en parler... et d'en parler autour de moi.*

Les autres motivations abordées par les participantes étaient de recevoir du soutien en lien avec les VOG vécues et, qu'à terme, la qualité des soins obstétricaux et gynécologiques soit rehaussée grâce à leurs démarches. Toutefois, bien que plusieurs ont révélé leurs motivations à porter plainte, seules cinq participantes rapportent avoir entrepris des démarches en ce sens ou avoir effectué une dénonciation formelle auprès de l'établissement de santé. Roxanne en particulier raconte : « J'ai déposé une plainte auprès de l'hôpital. Après ça, ça s'est rendu à la Commission des plaintes où j'ai rencontré un médecin par téléphone en expliquant la situation, parce que j'avais écrit ma plainte par écrit, avec l'aide d'un organisme de défense des droits. » (Roxanne, P18).

Par ailleurs, quatre participantes considèrent que la dénonciation des VOG serait un moyen de faire changer les soins de santé. Elles proposent, entre autres, de sensibiliser la population à cette problématique en incitant davantage de personnes à parler des expériences vécues afin de créer un effet boule de neige. Il s'agirait aussi, selon certaines, de faciliter le processus de plaintes. D'ailleurs, Wendy soulève que la dénonciation devrait être, socialement, mieux accueillie et considérée avec sérieux :

Wendy (P23) *Ça serait le fun d'écouter plus les patients que les médecins, puis si t'as comme – je ne sais pas – cinq personnes qui se plaignent du même médecin, un moment donné, ça veut peut-être dire que... qu'il y a quelque chose à faire. Puis, les gens des plaintes, qui prennent les plaintes, ils doivent être encore plus compréhensifs et ils doivent encore plus prendre le temps. Parce que ce n'est pas facile, pis t'sais, des fois, tu veux faire une plainte de quelque chose ou tu veux parler d'quelque chose. Pis la personne a l'air tellement fermée que finalement, tu dis : « Ah ! Bien, ce n'était pas si pire que ça. » Ou : « Ah ! Finalement, je n'en parlerai juste pas. »*

Selon cette perspective plus systémique, les participantes mentionnent également que la libération de la parole ne s'effectue pas uniquement du point de vue de la patientèle, mais également dans les différentes professions qui offrent des soins de santé reproductive : **« Sensibiliser à ces violences-là, puis j'ai envie de dire, [de façon] plus général[e] aussi, à toute la société, de venir déconstruire certains de ces construits-là très forts qui règnent dans la société. Je trouve qu'il y a comme différents publics cibles à tout ça ».** (Jeanne, P10).

Ces différentes pistes de solution, ancrées dans les expériences des personnes participantes, font écho à de nombreux éléments qui ont été nommés à maintes reprises, ici par des groupes de défenses des droits de la patientèle, là dans des émissions télévisées ou reportages dans les journaux, et encore dans des travaux académiques et informatifs. Elles en appellent à un travail de formation, d'information et d'organisation des structures qui permette de placer la patientèle au cœur des soins. En ce sens, ces pistes martèlent aussi, en filigrane, la nécessité de reconsidérer le paradigme biomédical et les structures de pouvoir dans les soins de santé.



paroles

Conclusion

CONCLUSION

Les différentes sections du présent rapport font ressortir des expériences de VOG et de soins irrespectueux survenus dans les sept dernières années au Québec. Tout d'abord, les manifestations documentées par le projet PAROLES rejoignent les résultats de nombreuses études réalisées au Canada (Birth Place Lab, 2019 ; Mercerat et al., 2024 ; Vedam et al., 2019a) et à l'international (Cárdenas-Castro et Salinero-Rates, 2024 ; Haut Conseil à l'Égalité, 2018 ; Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, 2026 ; Sadler et al., 2016 ; Vedam et al., 2019b). Quoique peu surprenants, ces résultats permettent de constater que ce phénomène est bien présent au Québec, comme ailleurs. Malgré la teneur des expériences rapportées par les participantes, celles-ci exprimaient certaines réticences à reconnaître la violence inhérente à celles-ci et se questionnaient sur leur possible part de responsabilité dans les expériences vécues. Ces réticences traduiraient une intériorisation des iniquités de pouvoir intrinsèques à la relation de soin, ainsi qu'une banalisation sociétale et un manque de reconnaissance de la violence genrée.

L'ampleur des conséquences explorées dans les résultats réitère l'importance de reconnaître ces expériences comme une forme de violence systémique. La patientèle rapporte avoir développé une méfiance envers le système de santé et ses employé·e·s – causant pour certaines un désengagement des soins de santé sexuelle et reproductive, à leur propre détriment. À la lumière de ces expériences, les participantes soulèvent différentes solutions visant à réduire l'incidence des VOG et à rendre les expériences de SOG plus respectueuses, bienveillantes et humaines. Toutefois, comme les participantes le mentionnent à quelques reprises, la banalisation des violences faites aux femmes amène des obstacles dans la reconnaissance et l'élimination des VOG – d'où l'importance de réfléchir à des stratégies plus globales, au niveau sociétal, pour reconnaître et éliminer ces formes de violences.

Plusieurs des expériences rapportées par les participant·e·s que nous avons rencontré·e·s mettent en relief des failles dans les compétences relationnelles et l'empathie chez certains membres du personnel soignant. Ces compétences et ce savoir-être sont cruciaux pour l'offre de soins bienveillants. Or, les expériences partagées laissent parfois entrevoir un climat de travail peu favorable au déploiement de soins centrés sur la patientèle, où l'autonomie décisionnelle et la participation de la patientèle sont centrales (McCance & McCormack, 2017). Ces expériences mettent aussi en relief des aspects structurels qui modulent les soins offerts. En s'ancrant dans la perspective située des personnes qui ont reçu ces soins, elles limitent notre compréhension des expériences du personnel soignant. Ces perspectives sont importantes pour documenter leur point de vue situé sur les soins centrés sur la patientèle, les facteurs facilitants et les obstacles associés aux soins humanisants en santé reproductive. Pour cette raison, nous poursuivrons lors du 3^e volet de cette étude une exploration de leurs expériences et réflexions à ce sujet.



paroles

Références

RÉFÉRENCES

- Annborn, A., & Finnbogadóttir, H. R. (2022). Obstetric violence. A qualitative interview study. *Midwifery*, 105. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>
- Avci, N., & Kaydirak, M. M. (2023). A qualitative study of women's experiences with obstetric violence during childbirth in Turkey. *Midwifery*, 121. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103658>
- Birth Place Lab. (2019). *Changing Childbirth in British Columbia*. <https://www.birthplacelab.org/wp-content/uploads/2019/03/CCinBC-Full-Report-PSBC-March-6-2019-FINAL.pdf>
- Bourgeois, I. (2021). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (7e éd.). Presses de l'Université du Québec. <http://central.bac-lac.gc.ca/redirect?app=damspub&id=2b51d98f-64a3-4433-bf48-7a3d5f2d0401>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2023). Thematic analysis. Dans H. Cooper, M. N. Coutanche, L. M. McMullen, A. T. Panter, D. Rindskopf et K. J. Sher (dir.), *APA handbook of research methods in psychology: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (2e éd., pp. 65–81). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000319-004>
- Brazy-Nancy, E., Mattern, C., Rakotonandrasana, B. I., Ravololomihanta, V., Norolalao, P., & Kapesa, L. (2023). A qualitative analysis of obstetric violence in rural Madagascar. *Heliyon*, 9(3). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e13905>
- Cárdenas-Castro, M., & Salinero-Rates, S. (2024). Loss of autonomy, legitimization of violence, transgression of intimacy, and fear of abuse: A thematic analysis of stories of gynecological violence and its consequences. *Feminism & Psychology*, 34(3), 403-423. <https://doi.org/10.1177/09593535241242551>
- Hakimi, S., Allahqoli, L., Alizadeh, M., Ozdemir, M., Soori, H., Turfan, E. C., Sogukpinar, N., & Alkatout, I. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 169(3), 1012-1024. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16145>
- Haut Conseil à l'Égalité. (2018). *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme*. https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (2026). *Recommandation relative à l'élaboration d'une politique en matière de prévention et de lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales*. <https://igvm-iefh.belgium.be/fr/documentation/recommandation-relative-l-elaboration-d-une-politique-en-matiere-de-prevention-et-de>
- Karabulut, K., & Unutkan, A. (2025). A phenomenological study on the traces of obstetric violence in women's birth experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08426-x>

- Lévesque, S., Jean Thorn, A., Toupin, A., Medvetskaya, A., Boucoiran, I., Godbout, N., Landry, S., & Blanchard, M.-È. (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*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/21642850.2026.2622164>
- Marcos-Garces, P. M., Moran-Ruiz, S. M., Santos-Rosales, Y. R., & Correa-Lopez, M. Y. (2025). Perception and experience of obstetric violence in postpartum women at a public hospital in Peru: a mixed study. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 42(1), 54-62. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2025.421.14281>
- Masoi, T. J., Mselle, L. T., Kibusi, S. M., & Sirili, N. (2025). "Being Treated Like an Infant Who Doesn't Know Anything". Obstetric Violence From Perspectives of Women, Health Care Providers and Key Community Informants in Central Zone Tanzania: A Qualitative Exploratory Case Study. *Sage Open Nursing*, 11. <https://doi.org/10.1177/23779608251361015>
- McCance, T., & McCormack, B. (2017). *Person-centred practice in nursing and health care: theory and practice* (2e éd.). John Wiley & Sons.
- Mercerat, C., St-Denis, É., Delawarde-Saias, T., Poissant, J., & Delawarde-Saias, C. (2024). « C'est mon accouchement, mais j'avais l'impression d'être une expérience de laboratoire » : expériences vécues des violences obstétricales au Québec. *Psychologies genre et société*, 3. <https://www.psygenresociete.org/361>
- Özer, E., & Sevimli Güler, D. (2025). "Invisible wounds of childbirth" ; women's experiences of obstetric violence: a phenomenological qualitative study. *Reproductive Health*, 22(148). <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02109-8>
- Sadler, M., Santos, M. J. D. S., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Savoie-Zajc, L. (2018). La recherche qualitative/interprétative. Dans L. Savoie-Zajc, & T. Karsenti (dir.), *La recherche en éducation* (pp. 191–218). Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.2307/j.ctv69sv3w.10>
- Schalck, C., Gagnon, R., & Bisch, S. (2023). *Violences obstétricales et gynécologiques : que fait-on de la parole des femmes ?* L'Harmattan.
- Vedam, S., Stoll, K., McRae, D. N., Korchinski, M., Velasquez, R., Wang, J., Partridge, S., McRae, L., Martin, R. E., & Jolicoeur, G. (2019a). Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Education and Counseling*, 102(3), 586-594. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.10.023>
- Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., & Declercq, E. (2019b). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, 16(77). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>

paroles

Annexes

Annexe 1 - Affiche de recrutement général

PROJET PAROLES

Tu as reçu des soins obstétricaux et/ou
gynécologiques au Québec ?

Tu juges ces soins violents ou irrespectueux?

Nous voulons connaître ton expérience.

Pour être admissible, il faut :

- Être âgé.e d'au moins 18 ans
- Avoir reçu le soin obstétrical et/ou gynécologique dans les 7 dernières années

Ce qui est impliqué par ta participation:

- Entrevue individuelle d'environ 1h30
- Compensation financière de 50\$
- Confidentialité assurée

Si tu souhaites partager ton expérience,
contacte-nous:

humanisationSOG@uqam.ca

Le Projet PAROLES est dirigé par
Sylvie Lévesque, Département de
sexologie UQAM et a reçu
l'approbation éthique du CIEREH.

UQÀM

Fonds de recherche
Société et culture
Québec

Annexe 2 - Autres publications associées

Sylvie Lévesque, Yasmine Bénard, Sophie Gilbert, Aurélie Milord, Emma Losier-Bédard, Raymonde Gagnon, Sarah Landry, Marie-Noëlle Angers, Jess Legault et Stéphanie Vallée. Qualitative exploration of corporality and intimacy in experiences of obstetric and gynecological violence in Québec (Canada). Soumis, mai 2026.

Résumé :

Cet article explore comment les violences obstétricales et gynécologiques (VOG) façonnent la corporalité des femmes et des personnes pouvant être enceintes. S'appuyant sur 35 entretiens qualitatifs menés auprès de personnes qui ont vécu des soins jugés irrespectueux ou violents au Québec (Canada), il met en lumière les processus par lesquels le corps est objectifié, vulnérabilisé et dépossédé lors des interactions cliniques. Le cadre conceptuel mobilise une phénoménologie féministe qui conçoit le corps comme une expérience vécue située dans des rapports sociaux de pouvoir, combinée à l'intersectionnalité, permettant de saisir comment les systèmes d'oppression influencent la lisibilité et la crédibilité des corps dans les soins. Les résultats mettent en évidence trois mécanismes par lesquels les VOG fragilisent la corporalité. Le premier renvoie à la réduction du corps à une entité technique, où des gestes rapides, standardisés ou non expliqués priment sur l'expérience vécue. Le second concerne l'appréhension du corps comme fragile et devant être contrôlé, se traduisant par la minimisation de la douleur exprimée et l'imputation de la responsabilité de celle-ci aux patient·e·s. Le troisième mécanisme touche aux effets durables de ces expériences, qui altèrent le rapport au corps, l'intimité et l'engagement ultérieur dans les soins. Ces dynamiques contribuent à une perte de contrôle et à une rupture du lien au corps, parfois accompagnées de la réactivation de traumatismes antérieurs. L'étude met en lumière la nécessité d'intégrer des approches centrées sur la patientèle et sensibles aux traumatismes et aux violences, afin de prévenir la déshumanisation du corps et de soutenir la sécurité corporelle des patient·e·s dans les soins de santé sexuelle et reproductive.





Emma Losier-Bédard et Sylvie Lévesque. « Ah ! Madame, c'est l'anxiété ! » : Exploration qualitative des expériences de violences obstétricales et gynécologiques vécues par des personnes autistes ou vivant avec un enjeu de santé mentale au Québec (Canada). Soumis, mai 2026.

Résumé :

Alors qu'un nombre croissant de recherches s'intéressent aux expériences de violences obstétricales et gynécologiques (VOG), les personnes en situation de handicap – plus spécifiquement les personnes autistes ou vivant avec des enjeux de santé mentale – sont peu représentées dans ces recherches. Pourtant, les écrits scientifiques suggèrent que ces populations feraient souvent l'objet de violences dans le cadre des soins de santé. Le présent article vise à documenter les expériences de VOG de neuf personnes autistes ou vivant avec des enjeux de santé mentale au Québec. L'analyse thématique réflexive des entretiens individuels permet de soulever deux ensembles de résultats concernant leurs expériences de soins : 1) les participantes rapportent se sentir invisibilisées lors des soins par les soignant·e·s qui stigmatisent ou ne tiennent pas compte de leurs besoins d'accommodements, et 2) le personnel soignant ne les implique pas suffisamment dans les décisions sur leurs soins ou leur santé. À partir de leurs expériences de soins, les participantes formulent des recommandations pour rendre les soins plus sensibles et adaptés à leur réalité. Ces résultats permettent de mieux comprendre leurs expériences de VOG et d'offrir des pistes de réflexion pour guider les interventions futures des soignant·e·s.

Sylvie Lévesque , Emma Losier-Bédard, Sophie Gilbert, Aurélie Milord, Yasmine Bédard, Raymonde Gagnon, Sarah Landry, Marie-Noëlle Angers, Jess Legault et Stéphanie Vallée. L'éléphant dans la pièce : Exploration qualitative du déséquilibre de pouvoir dans les expériences de violences gynécologiques et obstétricales au Québec (Canada). Article en préparation.

Résumé :

Un nombre grandissant d'études s'intéressent à documenter les expériences de violences obstétricales et gynécologiques (VOG) dans différents contextes sociaux et culturels. L'un des constats fréquents dans ces études serait la présence d'iniquités de pouvoir structurel et relationnel dans ces expériences. Toutefois, peu d'études, notamment dans le contexte québécois, semblent s'être penchées sur ces dynamiques de pouvoir. Le présent article vise donc à décrire et comprendre la place du pouvoir dans des expériences de VOG survenues dans les 7 dernières années au Québec. L'analyse thématique réflexive des entretiens individuels réalisés auprès de 35 participantes a permis de relever deux thèmes principaux. Dans leurs expériences de soins, les participantes dénotent la présence de dynamiques de pouvoir, tant interprofessionnelles que dans la relation patient·e·s-professionnel·le·s, qui prennent appui sur une hiérarchisation des savoirs. Ces dynamiques de pouvoir entravaient la capacité de la patientèle à prendre part aux décisions sur leurs soins obstétricaux et gynécologiques de manière libre et éclairée. Ces résultats mettent en lumière la place que prennent les dynamiques de pouvoir dans les VOG et leur implication sur les expériences de soins de la patientèle.



